

SOMMAIRE DU N° 7

| | Pages |
|---|-------|
| I. — TRAVAUX ORIGINAUX. — <i>Sur un cas d'Abcès du Lobe temporal gauche</i> (avec 4 figures), par PIERRE MARIE et P. SAINTON..... | 198 |
| II. — ANALYSES. — Anatomie et Physiologie. — 320) GINO GABOTTI. Morphologie des cellules et cytologie de la voûte du diencéphale. — 321) S. LÖWENTHAL. Le cerveau olfactif des mammifères. — 322) AL. BRUCE. Sur les fibres endogènes ou intrinsèques dans la région lombo-sacrée de la moelle. — 323) F. DE MASSARY. La théorie des réflexes. — 324) KLIPPEL. La non équivalence des deux hémisphères cérébraux. — 325) ANGELO RUFFINI. Observations sur les terminaisons nerveuses sensibles dans les muscles volontaires. — 326) HOFBAUER. Des causes de la différence entre les dimensions apparentes et les réelles du corps humain. — Anatomie pathologique. — 327) M. LOUKIANOW. L'inanition du noyau cellulaire. — 328) R. LÉPINE. Ramollissement du corps strié (avec participation de la capsule interne) ayant amené une chorée hémiplegique et un diabète sucré. — 329) AD. MEYER. Examen anatomo-pathologique d'un cas d'ataxie héréditaire. — 330) V. HORSLEY. Conservation des fuseaux neuro-musculaires dans un cas d'atrophie musculaire très prononcée consécutivement à la section d'un nerf moteur. — 331) A. S. GRÜNBAUM. Note sur les fuseaux neuro-musculaires dans la paralysie pseudo-hypertrophique. — 332) E. MAIXNER. Notes sur l'anatomie pathologique de la pseudo-hypertrophie musculaire progressive. — 333) A. JOFFROY et R. SERVEAUX. Mensuration de la toxicité vraie de l'alcool éthylique. Symptômes de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique par l'alcool éthylique. — Neuropathologie. — 334) BONASERA. Contribution clinique à l'étude des paralysies cérébrales spasmodiques de l'enfance. — 335) N. HALM. Paralysie agitante, causes, symptômes et marche. — 336) MIRALLIÉ ET CHAPUS. Scoliose et torticollis hystériques. — 337) GRASSET. Tic du colporteur (spasme polygonal post-professionnel). — Psychiatrie. — 338) CARL RAD. Sur un cas de paralysie générale juvénile due à la syphilis héréditaire avec lésions vasculaires spécifiques. — 339) J. CH. ROUX. Les causes de la paralysie générale. — 340) HURD. Aspect clinique de l'auto-intoxication. — 341) K. HEILBRONNER. L'alitement et les chambres d'isolement dans le traitement des aliénés. — Thérapeutique. — 342) P. REDARD. Le torticollis et son traitement. — 343) E. FEINDEL. Le traitement médical du torticollis mental. — 344) E. FEINDEL. Le torticollis mental et son traitement. — 345) D'ARSONVAL. Action physiologique et thérapeutique des courants à haute fréquence. — 346) C. RASCH. Sur l'influence du climat tropical sur le système nerveux..... | 206 |
| III. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 347) BENE-DICT. Transmission des excitations dans les centres nerveux. — 348) CHIPAULT. Traitement de l'épilepsie et de l'idiotie. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — 349) CH. FÉRÉ. Note sur quelques réflexes cutanés chez les épileptiques. — 350) A. TERSON. Atrophie partielle des nerfs optiques à la suite d'une brûlure cutanée traitée par l'iodoforme. — 351) P. REMLINGER. Paralysie ascendante aiguë expérimentale. — 352) A. THOMAS. Essai sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice. — 353) A. RAICHLIN. Le dermatoglyphisme dans le tabes dorsalis. — 354) C. FÉRÉ. Note sur le réflexe pharyngien chez les épileptiques. — 355) M ^{lle} STEFANOWSKA. Sur le mode d'articulation entre les neurones cérébraux. — 356) J. COURMONT et DOYON. Nouvel argument en faveur de notre théorie pathogénique du tétanos. — 357) J. DEJERINE et A. THÉOCHARI. Un cas de paralysie faciale périphérique dite rhumatismale ou « a frigore » suivi d'autopsie. — 358) P. BONNIER. Le sens de l'orientation. — 359) CHARRIN et CLAUDE. Atrophie musculaire expérimentale par intoxication pyocyannique. — 360) J. DEJERINE et P. SÉRIEUX. Un cas de surdité verbale pure terminée par aphasie sensorielle suivi d'autopsie. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — 361) G. VARIOT. Sur une variété spéciale de rachitisme, lésions rachitiques similiaires du squelette avec troubles locomoteurs graves et prolongés. — SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PETERSBOURG. — 362) N. A. VYROUBOFF. De la résorcine en remplacement de l'acide osmique dans la méthode de Golgi. — 363) G. S. ROSSOLIMO. La peur et l'éducation. — 364) V. V. MOURAVIEFF. De l'origine de la parole. — SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU. — 365) N. I. CHATALOFF. Du rôle de l'inconscient dans la vie humaine..... | 221 |
| IV. — BIBLIOGRAPHIE. — 366) MAIRET et VIRES. De la paralysie générale. Étiologie, pathogénie, traitement..... | 226 |

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UN CAS D'ABCÈS DU LOBE TEMPORAL GAUCHE

PAR

Pierre Marie et P. Sainton.

Nous avons eu l'occasion d'observer un homme atteint d'abcès cérébral dans le lobe temporal gauche; les troubles présentés par cet homme ont été étudiés avec quelque détail, et cela d'autant plus que le diagnostic avait été porté dès le premier moment. Nous appelons particulièrement l'attention sur les troubles de parole et sur la terminaison rapidement mortelle malgré l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION

Constant R..., âgé de 47 ans, passementier en soie, entre le 16 octobre 1897 à l'hospice de Bicêtre, salle Bichat.

Il donne peu de renseignements sur ses parents; il sait cependant que son père a été atteint d'une attaque de paralysie à la suite de laquelle il ne pouvait plus parler.

Dans ses antécédents personnels, on note une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans, un eczéma qui aurait persisté de 7 à 19 ans (actuellement il a depuis un mois et demi un eczéma pileaire sur toute la bordure des cheveux). Il nie tout antécédent syphilitique. Sa santé a été bonne jusqu'en juillet 1897: à cette époque il a éprouvé quelques douleurs dans l'oreille gauche, il est entré à l'hôpital Saint-Antoine où on lui a incisé une collection purulente dans la région mastoïdienne: au bout de quinze jours à peine la plaie était cicatrisée et il ne reste qu'une trace insignifiante de la cicatrice. A ce moment déjà on avait constaté chez lui une certaine *bizarrie de caractère*; mais il est impossible de préciser exactement la date d'apparition des troubles de la parole et des troubles de la mémoire.

Au mois d'octobre 1897, il va consulter à l'hospice des Sourds-Muets M. le Dr Ladreit de la Charrière qui veut bien nous l'adresser à l'hospice de Bicêtre.

État actuel, le 19 octobre 1897. — *Recherche de la surdité verbale*. Si on dit au malade d'exécuter des actes très simples: ouvrir la main droite, la fermer, mettre son pouce sur son nez, etc., il les exécute très bien; mais quand les actes sont plus compliqués, il répète l'ordre donné et demande: « Est-ce cela? » Ainsi, on lui montre plusieurs objets sur la table, un petit seau contenant une allumette, un petit drapeau, un morceau de papier et on lui dit: « Prenez l'allumette dans le petit seau, frottez-la et allumez un bout de papier qui se trouve près du drapeau ». Il dit alors « seau », « voilà le petit seau », « drapeau »; mais il n'exécute pas l'ordre. Si on lui donne de nouveau l'ordre, mais par segments, il l'exécute très bien.

Le malade entend la montre à une distance de 30 centim., à gauche, de 44 centim. à droite: il n'existe pas d'écoulement d'oreille.

Parole spontanée. — Le sujet parle bien, cependant de temps en temps il

accroche sur une syllabe qui devient alors un peu pâteuse comme dans la prononciation de l'ivresse; cela arrive tout au plus tous les trente ou quarante mots; de temps en temps, il existe un peu de paraphasie: il dit « parler mauvais » au lieu de « parler mal ». « Cela se plume » au lieu de « cela se fume ». Il dit « du vin noir » pour « du vin rouge ». Il n'y a pas de jargonaphasie. En somme, si l'on ne voyait ce malade que deux ou trois minutes, il serait impossible de soupçonner les troubles aphasiques. Ce n'est qu'en le poussant un peu sur un sujet déterminé qu'on arrive à s'apercevoir qu'il a une amnésie très marquée pour certains mots qu'il remplace par le terme « machin ». Sa prolixité est très grande; quand un mot ne vient pas, il prononce un juron *mezza voce* ou dit « merde ».

Parole répétée. — Il ne sait pas de pièce de vers, ni de prière par cœur. Il répète bien, à condition que la phrase soit courte, sans quoi il se trompe sur la seconde partie de la phrase et l'arrange même à sa façon. Ex.: On lui dit de répéter: « Il y avait une fois un roi et une reine qui avaient beaucoup d'enfants ». Il reprend: « Il y avait une fois un roi et une reine bonne enfant ». De plus, il faut lui laisser répéter de suite la phrase qu'on lui dit; s'il y a le moindre intervalle entre l'énonciation et la répétition, il perd sa phrase; si la phrase comprend deux vers, cela ne peut plus aller, si elle ne comprend que cinq ou six mots, il la répète parfaitement.

Chant. — Les airs sont parfaitement chantés par le malade, seulement on est obligé de le mettre en route. Quand il s'agit d'adapter les paroles sur les airs, il s'embrouille beaucoup et il lui est impossible de répéter complètement quelques vers d'une chanson: si on chante immédiatement avant lui, il répète bien. Il a très bien la conservation du rythme et chante de lui-même une valse en dansant.

Lecture. — Il lit bien, de temps en temps il bute sur quelques mots; c'est ainsi qu'il lit. « Il avait communiqué à l'Académie des sciences. » « Il avait communiqué à la Comédie des sciences. » Cependant sa lecture est bonne et exacte pour une quantité de mots qu'il ne connaît pas du tout. On peut le faire lire pendant quinze ou vingt lignes, sans que la fatigue survienne d'une façon notable.

On lui met sous les yeux un quatrain, on lui demande si c'est de la prose ou des vers, il ne se prononce pas et dit que cela pourrait bien être de la prose ou des vers.

Quand il s'agit d'exécuter des ordres qu'il lui faut lire, il les exécute mal. Ainsi on lui donne un morceau de papier sur lequel est écrit: « Levez votre pouce gauche. » Il lit la phrase, hésite un moment et lève son index gauche.

D. — Est-ce votre pouce?

R. — Non, mais où est-ce qu'il est mon pouce?

Nouvelle hésitation, et il finit par lever le doigt qu'on lui demande.

On lui fait lire cette phrase: « Prenez une allumette, cassez-là en deux et donnez-m'en un morceau. » On lui dit « faites », puis on lui retire le papier et on le lui donne de nouveau: il se livre à une série de bavardages, il casse l'allumette en petits morceaux, mais n'exécute pas l'ordre qu'on lui a donné à lire. Il entremêle le tout de plaisanteries.

On lui présente un papier sur lequel est écrite la phrase: « Tirez la langue », écrite verticalement, chaque lettre suivant l'autre dans le sens vertical. Il commence par les épeler très bien lettre par lettre, puis il lit: « Tirons la langue. » On lui fait remarquer qu'il y a une faute, il lit: « Tirez la langue. » Il est impossible de lui faire faire ce geste, il ne comprend pas qu'on lui enjoint par écrit d'exécuter un ordre; mais quand on lui dit: « Tirez la langue », il exécute l'ordre.

Reconnaissance des dessins et des emblèmes. — On lui montre un dessin représentant une couronne mortuaire : il dit qu'il connaît, que cela est fait par des jeunes filles ; on lui demande si c'est pour manger, il dit « non », mais il ne peut indiquer à quoi cela sert ; il demande un crayon, écrit « comme », puis « finie » ; — il dit « cela n'est pas ça », concentre son attention et finit par trouver le mot « couronne ». On lui demande en quoi est fait cet objet, il répond : « en mosaïque », mais il lui est impossible de dire de quoi est composée la mosaïque.

Il reconnaît très bien le dessin d'un tombeau et ne peut dire en quoi celui-ci est fait (en pierre) ; il est incapable de dire en quoi sont bâties les maisons ; pour l'expliquer il prend son crayon et écrit « laigue » ; on lui dicte « pier » lettre par lettre, c'est à peine s'il reconnaît le mot, ce n'est que quand on a prononcé « pierre » qu'il s'écrie « c'est vrai ».

On lui montre un chromo représentant la Vierge et l'enfant Jésus, il le reconnaît et dit : « la Vierge avec son petit enfant ».

D. — Comment s'appelle-t-il ?

R. — C'est un petit nom.

Il finit par dire l'enfant Jésus.

Il reconnaît le dessin d'un lion. On lui fait voir le dessin d'un cheval, il dit : « On en voit beaucoup dans la rue ; vous êtes parti hier avec », et finit par trouver le mot cheval.

On lui montre une carte à jouer ; il répond : « Cela sert à jouer. » On lui présente un as de trèfle et une dame de trèfle, il ne reconnaît ni l'une ni l'autre, mais dit que l'as est plus fort que la dame ; quand on lui montre le roi de pique, il dit : « piquet le roi. »

L'emblème R. F. (République française) entouré de drapeaux est mis sous ses yeux : il le copie sans rien dire ; on lui demande ce que cela signifie, il dit : « Cela signifie la France. » Il est à remarquer que notre homme copie bien les dessins.

Reconnaissance des chiffres. Examen du calcul. — Le malade lit les chiffres : il fait très bien, très rapidement, d'une façon imperturbable, les additions. — La soustraction même très simple ne peut être menée à bien : pour soustraire 6 de 9 il dit 9 ôté de 16 ; on le corrige et il n'arrive pas à énoncer le résultat.

En ce qui concerne la multiplication, il se souvient bien de la marche de l'opération, du produit des chiffres les uns par les autres, mais il s'embrouille un peu, il arrive cependant à terminer l'opération qu'on lui a proposée ; mais le résultat obtenu est inexact. Cependant on lui fait dire par cœur sa table de multiplication, il la récite sans se tromper.

Quant à la division, il avait perdu l'habitude de faire cette opération même étant bien portant ; il se souvient un peu de la marche, mais il est incapable de faire une division quelconque. Là il est impossible de faire la part de ce qui revient à l'instruction et celle de ce qui revient à la maladie.

Lecture de la musique. — Il savait autrefois lire la musique et chantait ; actuellement il ne peut reconnaître aucune note.

Examen de l'écriture. — On prie le malade d'écrire le petit nom de sa femme : il écrit d'abord « Magueleine ».

D. Est-ce que c'est Magueleine ?

R. Non, « Madeleine », et cependant il récrit : « Maqueleine » ; ce n'est qu'après une troisième tentative qu'il fait convenablement le *d*.

On lui montre un drapeau et on lui dit d'écrire le nom de cet objet, il écrit « drapaud » puis « drapeaux ».

De même on lui fait voir un seau, il écrit « sauf ». Il écrit avec la plus grande facilité chaque lettre en particulier, et en considérant la façon dont il s'y prend, on voit qu'il avait l'habitude d'écrire. Il écrit bien « main », mais il écrit pied « paid ».

Il peut copier un livre écrit en imprimé ordinaire. Si on lui donne des lettres capitales à traduire en cursive, il le fait très bien, mais en copiant syllabe par syllabe. En copiant « RÉPUBLIQUE » il se trompe et écrit « répilu », puis il biffe et corrige.

Il écrit parfaitement les chiffres soit spontanément, soit à la dictée. On lui fait faire une dictée musicale, on voit qu'il a l'habitude d'écrire les notes, mais il ne donne à aucune la position qu'elle devrait réellement occuper.

Mimique. — La mimique est bien conservée ; sa mimique spontanée est très bonne et même très exubérante.

État intellectuel. — On présente au malade du sel, il le goûte et en dit immédiatement le nom ; il reconnaît et nomme, sans les goûter, aussi facilement du vin, du pain, du sucre. On lui offre du tabac, il le sent et dit « c'est de la régie » il ne peut prononcer le mot tabac que quand on lui a dit la lettre T. On lui montre un verre, il dit c'est un « cerre » : par conséquent, il y a chez lui de la dysphasie ; de temps en temps des lettres lui manquent ou le mot tout entier, mais quand on lui fournit la première lettre ou la première syllabe du mot, il le retrouve ordinairement ; spontanément il lui arrive souvent, quand il est embarrassé pour trouver un mot dans la conversation, de mettre la plume à la main, il fait alors des essais sur le papier et au moment où il écrit la première lettre ou la première syllabe du mot il le prononce. Il ne semble pas que ce soit à proprement parler l'image motrice graphique qui guide le sujet, mais le réveil des images graphiques l'aide dans la recherche des images motrices d'articulation.

Si on lui montre une étoffe de couleur rouge, il reconnaît très bien la teinte, mais il lui est impossible de trouver le mot. On lui présente de la laine, verte, pour l'aider on met devant lui un verre à boire et l'écheveau de laine, pensant lui faciliter la recherche du mot à cause de la ressemblance des deux noms : il prend alors sa plume et écrit « réginat », en disant : « cela n'est pas tout à fait cela ». On l'aide et on constate qu'il a voulu écrire « réséda ». De même on lui montre deux teintes jaunes, l'une est assez chaude, il dit : « cela est vieux », voulant dire « vieil or » ; une autre est plus claire, il dit « c'est comme les oiseaux » : voulant dire « jaune serin ». Le bleu est nommé de suite.

Cependant la faculté de compréhension laisse, pour certaines choses, beaucoup à désirer : c'est ainsi que parfois il est très difficile de lui faire comprendre l'acte qu'on voudrait lui faire exécuter pour l'examen de sa maladie. Il existe du vague dans les idées et malgré cela, à certains moments, on est étonné de la présence d'esprit de cet homme : il est très gai, même jovial, il parle avec un accent faubourien très amusant et sur certains points ne tarit pas, sa prolixité est très grande.

Si on lui demande de désigner les quadrupèdes qu'il connaît, il n'a pas l'air de bien savoir ce que cela veut dire, mais il se tire de ce pas en disant qu'il y en a au Jardin des plantes et qu'il ne les aime pas. On le prie alors de citer les oiseaux qu'il connaît, il nomme « le pinson, le rossignol », il ne peut en citer d'autres et notamment pas les moineaux qui infestent les cours de Bicêtre.

Sur une carte de géographie assez grossière contenant la France, l'Espagne

et l'Italie, il ne peut indiquer la place de chacun de ces pays. De même il ne peut résoudre des problèmes de la plus grande simplicité.

La faculté d'attention de R..., est malgré tout conservée, il est susceptible de faire des efforts continus pour répondre à une question, et même après un interrogatoire d'une heure et demie, il n'a pas l'air fatigué et répond comme au début. La mémoire des faits, des personnes, aussi bien que le sens de l'orientation ne paraissent pas atteints.

Il n'y a pas d'*aphasie acoustico-optique* : quand on parle à notre homme de drapau qui flotte au vent, il prend son mouchoir et l'agite.

État de la motilité et de la sensibilité. — Le malade n'a jamais eu aucune espèce de paralysie des membres : actuellement il n'y en a pas trace. De même en ce qui concerne la face, aucune déviation, aucune parésie ne peuvent être constatées. Il n'y a pas d'incoordination motrice ; le malade peut se retourner très vivement et sauter indistinctement à cloche-pied sur l'un ou l'autre pied.

Les réflexes rotuliens sont normaux, plutôt un peu forts, mais sans exagération.

La sensibilité tactile et douloureuse, le sens musculaire, sont parfaitement conservés. Le sens stéréognostique n'est pas atteint : le malade n'indique pas le nom des objets parce qu'il ne peut pas toujours trouver ses mots, mais par ses gestes et ses périphrases il sait montrer qu'il les reconnaît.

Du côté des yeux le malade ne présente rien d'anormal, sinon qu'il est presbyte et porte un lorgnon.

Le 26 octobre. Nous avons pris le champ visuel : il semble bien qu'il n'y ait pas d'hémianopsie, mais un certain degré de rétrécissement concentrique. Les réponses du malade n'ont pas été suffisamment précises pour qu'on puisse accorder toute créance à cet examen.

On constate de plus que d'un jour à l'autre il existe des variations extrêmement marquées dans l'état intellectuel du malade.

Le 9 novembre R... se plaint d'un mal de tête qui l'a pris pendant la nuit : il a l'air obnubilé. Plutôt expansif d'habitude, il ne fait à la visite du matin aucune des démonstrations qui lui sont habituelles. C'est à grand'peine que l'on peut lui arracher quelques paroles. Tout à coup cependant il reconnaît le médecin et lui tend la main. A peine une heure après, son état était complètement modifié : il parlait comme d'habitude et l'obnubilation avait beaucoup diminué.

Le 12. Ce matin le malade est somnolent ; il se plaint d'une céphalalgie violente et porte constamment sa main au niveau de la région temporale gauche. Il a des frissons et claque un peu des dents. On essaie de mesurer son acuité visuelle : mais la chose est impossible, car il répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Dans l'après-midi, il tombe dans un demi-coma, il perd ses urines dans son lit, sa température s'élève.

Le 13. L'état demi-comateux s'accroît, il est impossible de tirer aucune parole du malade, sa respiration est ronflante, son pouls lent, 52 pulsations par minute, sa température est de 39°.

En présence de la gravité de ces symptômes et du diagnostic porté d'abcès du cerveau d'origine otitique, nous priions le Dr Ricard, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, d'examiner notre homme, et d'un commun accord une intervention d'urgence est décidée.

Opération. — Elle est pratiquée immédiatement (le 13 novembre) par le Dr Ricard. Le malade étant soumis à l'anesthésie chloroformique, la tête préala-

blement rasée, une large incision elliptique du cuir chevelu découvre la région temporale gauche. Cinq couronnes de trépan sont appliquées successivement et on fait sauter à la gouge et au maillet les points osseux qui séparent les points trépanés. On rabat ainsi un grand volet osseux qui met à nu les circonvolutions temporo-pariétales. A ce moment on perçoit l'existence d'une tension cérébrale extrême; le cerveau recouvert de la dure-mère tend à faire hernie au dehors. Cette membrane est incisée : des ponctions multiples sont faites alors dans la substance cérébrale à l'aide d'une aiguille de l'appareil Dieulafoy : aucun liquide ne s'écoule au dehors. Le lambeau crânien est alors remis en place et la plaie cutanée suturée. Le malade meurt trois heures après l'opération.

Autopsie, pratiquée le 15 novembre. — *L'examen du rocher* ne révèle aucune lésion appréciable à sa surface interne ; il n'existe aucune adhérence des méninges à cet endroit. L'apophyse mastoïde ne présente pas non plus d'altération. Une coupe du rocher est pratiquée et nous permet d'examiner l'oreille moyenne : il n'y a pas de trace de suppuration à l'intérieur de la caisse ; mais on trouve à la partie postérieure du tympan un petit orifice, reste d'une perforation ancienne en voie de cicatrisation communiquant avec l'entrée des cellules mastoïdiennes. Comme il résulte de cet examen, il n'existe aucune continuité entre le foyer otitique et le foyer cérébral.

Cerveau. — L'hémisphère droit n'offre rien de spécial. Sur la convexité de l'hémisphère gauche, on ne remarque qu'un très léger degré de congestion à l'endroit

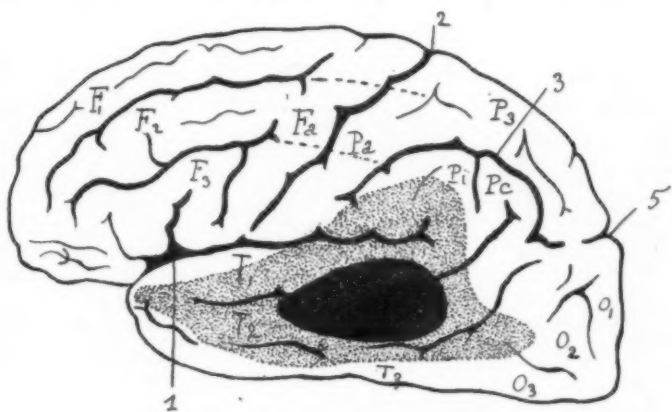


FIG. 1. — Hémisphère gauche, face externe.

(Toute la partie du lobe temporal représentée en pointillé correspond à la zone d'encéphalite au milieu de laquelle se trouvait en outre une poche purulente représentée en noir.)

où a porté l'intervention chirurgicale. Les méninges ne sont pas plus adhérentes que sur l'hémisphère sain. Pendant l'extraction du cerveau hors de la boîte crânienne, celui-ci s'est ouvert au niveau de l'union du lobe occipital et du lobe temporal et cette ouverture laisse apercevoir une cavité du volume d'une belle mandarine, à parois très irrégulières et manifestement ramollies. On plonge immédiatement la pièce dans une solution de formol à 10 p. 100 et on l'examine le surlendemain. On constate alors que de la cavité ramollie s'énuclée une poche

fermée de toutes parts, par une membrane assez résistante, du volume d'un petit œuf de poule, mais de contours irréguliers : cette poche est pleine d'un pus crémeux et pèse 25 grammes : autour d'elle il ne semble pas y avoir de pus mais un certain état inflammatoire siégeant exactement dans la profondeur de la base du lobe temporal, c'est-à-dire que l'extrémité antérieure de la poche purulente était séparée de la surface externe du pôle antérieur du lobe temporal par une distance de 4 centimètres et demi, l'extrémité postérieure était séparée de la surface externe du pôle occipital par une longueur de 7 centimètres. Par sa partie supérieure le foyer d'encéphalite se trouvait au-dessous de la scissure de Sylvius et ne faisait aucune saillie dans celle-ci, cependant il fusait un peu et en arrière dans la partie blanche du lobule supramarginal ; à sa partie inférieure, il est séparé de la surface externe de la portion inférieure du lobe temporal par une épaisseur de substance cérébrale de 7 à 8 millimètres ; c'est d'ailleurs en ce point que s'est faite la rupture spontanée lors de l'extraction du cerveau. En avant, le foyer ramolli d'encéphalite s'étend jusqu'au pôle de la première temporale et n'est par conséquent séparé de l'extérieur que par la substance grise. Par suite de la présence de la poche purulente et de l'encéphalite qui l'entoure, ce lobe d'ailleurs est très augmenté de volume ($1/5^e$ ou $1/4$ en plus du volume normal).

Des coupes frontales ont été pratiquées pour étudier d'une façon précise la topographie occupée par l'encéphalite dans la substance cérébrale.

Sur une coupe frontale passant à 3 centimètres en arrière du pôle temporal, la lésion



FIG. 2. — Coupe frontale passant immédiatement en arrière du lobule paracentral.

FIG. 3. — Coupe frontale passant par la partie moyenne du sillon de Rolando.

FIG. 4. — Coupe frontale passant à trois centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du lobe temporal.

Sur ces coupes la partie marquée en noir indique le territoire atteint par l'encéphalite. — S. C. Scissure calcarine. — C. C. Corps calleux. — N. C. Noyau caudé. — C. O. Couche optique. — L. L. Lobule lingual. (Ces 4 figures ont été dessinées par M. Gauchery, interne des hôpitaux.)

occupe la substance blanche de la première temporale, descend ainsi parallèlement à la scissure de Sylvius et a son maximum dans le carrefour blanc qui réunit la première et la troisième temporales.

Sur une coupe en arrière de la précédente, passant par la partie moyenne du sillon de Rolando, les parties atteintes par le ramollissement inflammatoire sont la substance blanche de la première temporale dans toute son épaisseur et l'endroit où la deuxième et la troisième temporales se continuent avec la partie centrale de l'hémisphère. La substance blanche de la deuxième temporale est indemne, son pied seul est touché. Le noyau lenticulaire est atteint dans son

tiers externe par l'encéphalite; son angle inféro-externe est complètement détruit: les parois du ventricule paraissent un peu intéressées.

Sur une coupe un peu plus postérieure, passant à 3 millimètres en avant de l'extrémité postérieure du corps calleux, on constate que l'angle inféro-externe du ventricule semble atteint par l'encéphalite; les radiations optiques et le tapetum qui se trouvent à ce niveau semblent avoir été altérés. Sur cette dernière coupe la moitié inférieure de la deuxième pariétale est complètement détruite par le foyer.

Sur une dernière coupe passant immédiatement en arrière du lobule paracentral, le foyer de l'encéphalite occupe la troisième temporale et empiète un peu sur le lobe fusiforme.

L'examen des différents viscères a été pratiqué avec soin et n'a pas révélé d'altérations notables: les poumons étaient sains, quelques adhérences anciennes révélaient des traces de pleurésie sèche au sommet du poumon droit. Le foie et les reins étaient légèrement congestionnés.

Examen bactériologique. — Il fut pratiqué quelques heures après la mort: des pipettes enfoncées dans la substance cérébrale à une certaine profondeur dans la direction du foyer ont ramené un mélange de sang et de pulpe cérébrale. Ces produits furent ensemencés sur bouillon et sur agar: l'examen des cultures démontra qu'elles contenaient du staphylococcus aureus pur à l'exclusion de tout autre micro-organisme.

Si nous jetons un coup d'œil sur les points principaux de cette observation, nous voyons qu'il s'agit d'un homme de 47 ans qui, au commencement du second semestre de 1897, présentait les premiers symptômes d'un abcès cérébral d'origine otitique et mourut en novembre. L'origine otitique pourrait à la rigueur être discutée puisqu'à l'autopsie un examen de l'oreille moyenne et de l'oreille interne n'a pas révélé la propagation d'une suppuration auriculaire jusque dans le parenchyme cérébral; en réalité il nous semble qu'aucun doute ne peut exister à cet égard, étant donnés les préludes de l'affection et l'absence de toute suppuration dans un autre point de l'organisme et notamment dans l'appareil respiratoire. D'ailleurs, on sait que bien souvent il n'existe aucune continuité directe entre la lésion auriculaire et l'abcès cérébral et que celui-ci est situé dans la profondeur de la substance blanche sans que l'on découvre de traces des voies qu'a suivies l'infection; il en était ainsi dans notre cas.

Un autre fait à signaler est l'encapsulation de l'abcès, encapsulement tel que la poche ainsi formée, du volume d'un petit œuf, s'énucleait spontanément et après l'ouverture du cerveau tomba dans le vase qui contenait celui-ci. Autour de cette enveloppe résistante il s'était produit, probablement dans les derniers jours, une encéphalite fort étendue (ou tout au moins un état de ramollissement inflammatoire) qui avait envahi une grande partie du lobe temporal; en réalité, c'est cette encéphalite, et non l'abcès cérébral proprement dit, qui a amené la mort du malade.

Au point de vue clinique, nous pensons qu'il est inutile d'insister après les travaux de Wernicke et d'Oppenheim sur les caractères des troubles du langage et de l'idéation chez notre malade, les détails contenus dans l'observation sont assez explicites à cet égard. Nous signalerons cependant l'existence d'un certain degré d'aphasie optique, et au contraire l'absence d'aphasie acoustico-optique. — Il ne semble pas qu'il ait existé d'hémianopsie chez ce

malade, du moins avant la période de poussée encéphalitique ultime, et d'ailleurs l'abcès encapsulé n'interrompait pas les conducteurs optiques.

Quant au traitement (dans un but d'enseignement mutuel il est bon d'avouer ses erreurs), nous les soumettons à la critique : 1° un temps précieux a été perdu qui a permis à l'abcès jusqu'alors enkysté de déterminer dans son voisinage une encéphalite ; — l'opération chirurgicale devait être demandée aussitôt le diagnostic posé, et il l'avait été le jour même de l'entrée du malade ; — 2° pendant l'opération le médecin, dans la certitude absolue où il était de l'existence et du siège de la lésion, aurait dû insister pour que le chirurgien ouvrit au bistouri le lobe temporal, les ponctions avec des trocarts étant en pareil cas manifestement insuffisantes.

Cette observation est un nouvel exemple de la nécessité d'opérer de bonne heure et d'ouvrir largement les abcès du cerveau.

ANALYSES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

320) **Morphologie des cellules et Cytologie de la voûte du diencéphale** (Studio morfologico e citologico della volta del diencefalo in alcuni vertebrati), par GINO GABOTTI. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. II, fasc. 11, 1897.

La structure de la voûte du diencéphale est chez tous les vertébrés faite sur le même plan général ; de même, les cellules qui s'y rencontrent sont morphologiquement semblables dans toutes les espèces. On peut en distinguer trois types : 1° Des cellules nerveuses qui constituent en partie les commissures postérieure et supérieure et quelquefois aussi une portion du tractus intermédius. Le protoplasma est très peu abondant, le noyau rond. 2° Des cellules épendymaires qui revêtent les surfaces ventriculaires ; le cytoplasma est abondant ; de la cellule partent, en se disposant en forme de T, trois prolongements, quelquefois très longs ; le noyau est ovale ; la disposition de la nucléaire est celle qu'on observe dans les cellules embryonnaires d'où proviendront les centres nerveux. 3° Des cellules épithéliales, qui constituent le tube épiphysaire, l'épiphyse, le coussin de l'épiphyse, le velum, les plexus, la paraphyse, elles ont comme tout épithélium un protoplasma abondant ; elles sont polyédriques ; leur noyau est rond ou ovale, etc. Les observations cytologiques permettent de tirer des déductions sur le rôle physiologique des organes de la voûte du diencéphale : 1° Les commissures sont des organes purement nerveux. 2° Le tractus intermédius n'a pas de fonction particulière ; c'est simplement une lame de fermeture pour la cavité de l'encéphale. 3° Le tube épiphysaire, le coussin de l'épiphyse, le velum et la paraphyse sont des organes sécréteurs.

La sécrétion dans les diverses cellules des organes épithéliaux du diencéphale s'effectue suivant trois mécanismes : 1° Dans le noyau se forment des granulations qui augmentent de volume en traversant ensuite le cytoplasma, et sortent de la cellule par sa face libre. 2° Le nucléole sort du noyau, grandit dans le cytoplasma, s'y fragmente, et sort de la cellule par sa face libre. 3° Il naît dans le protoplasma de petites gouttes hyalines qui se fusionnent puis sortent de la cellule en laissant à leur place de larges vacuoles.

MASSALONGO.

321) **Le Cerveau Olfactif des mammifères** (Ueber das Riechhirn der Säugethiere), par S. LEWENTHAL. *Festschrift zur LXIX Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Braunschweig*. 1897 (pages 213-221, une planche).

A la suite d'expériences sur les animaux et d'examen histologiques pratiqués par la méthode de Marchi, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les voies olfactives de deuxième ordre sont exclusivement constituées par le tractus olfactif latéral ; les voies olfactives de troisième ordre et d'ordre plus élevé sont représentées par le tractus olfactif médian dont les fibres s'échappent des cellules du lobe olfactif antérieur et se terminent en partie dans le lobule pyriforme et la corne d'Ammon des deux hémisphères, en partie dans le bulbe olfactif des autres côtés. Il y a donc entrecroisement partiel des voies olfactives d'ordre plus élevé. La commissure antérieure contient un certain nombre des faisceaux d'entrecroisement.

PAUL SAINTON.

322) **Sur les Fibres endogènes ou intrinsèques dans la région lombosacrée de la Moelle** (On the endogenous or intrinsic fibres in the....), par AL. BRUCE. *Brain*, 1897, Part LXXIX, p. 261.

Les fibres endogènes de la moelle forment à la région lombosacrée, dans le cordon postérieur, deux faisceaux bien marqués : l'un est le *faisceau cornu-commissural*, l'autre, *faisceau septo-marginal* de Bruce et Muir, est en relation, d'une part avec la périphérie de la moelle, d'autre part avec l'extrémité postérieure du septum médian. Bruce fait une description minutieuse du trajet et de la composition de ces deux faisceaux en se basant tant sur l'étude de cas de tabes (affection dans laquelle ces faisceaux sont très longtemps respectés) que sur celle des lésions transverses de la moelle (avec dégénération secondaire de ces faisceaux). Il pense que le faisceau septo-marginal prend naissance dans les segments les plus élevés de la moelle, mais gagne beaucoup en volume au niveau du 1^{er} segment sacré. Bruce considère ce faisceau comme correspondant, dans les segments lombaires inférieurs, au « champ ovale » de Flechsig. — Plusieurs figures très démonstratives.

PIERRE MARIE.

323) **La théorie des Réflexes**, par E. DE MASSARY. *Presse médicale*, 5 février 1898, n° 12, p. 69.

L'arc réflexe simple est constitué par deux neurones seulement, le protoneurone centripète, le neurone centrifuge périphérique, unis par une articulation. Une lésion de l'arc en un point abolit les réflexes. C'est le cas du tabes (lésion du protoneurone centripète), de la paralysie de Landry, des poliomyélites antérieures, de la polynévrite motrice (lésion du neurone moteur périphérique). Un relâchement de l'articulation des deux neurones (hystérie), une intoxication des plaques motrices terminales (maladie d'Addison, diabète), sont peut-être les causes qui peuvent dans certains cas déterminer l'abolition des réflexes.

Sur l'arc réflexe simple se greffe l'arc cérébral, constitué par le neurone centripète central articulé avec le neurone centrifuge central ou neurone pyramidal. L'arc cérébral a une fonction modératrice, d'où cette conséquence : chaque fois que l'arc cérébral est isolé de l'arc médullaire, les réflexes sont exagérés. Corollaire : l'exagération des réflexes est le signe d'une lésion du faisceau pyramidal.

D. M. ne se dissimule pas que cette conclusion est trop absolue ; il a seulement voulu donner une formule compatible avec la très grande majorité des cas de la clinique.

FEINDEL.

324) La non-équivalence des deux Hémisphères Cérébraux, par KLIPPEL.
Presse médicale, n° 10, p. 58, 29 janvier 1898.

Maintes particularités séparent le cerveau droit du cerveau gauche de l'homme. Elles portent sur le *développement* (plus rapide à gauche), la *configuration*, le *poids* (très souvent plus fort à gauche), les *fonctions physiologiques* (langage), la *fréquence des maladies* (lésions organiques plus fréquentes pour le cerveau gauche), et aussi sur le *degré des dégénérescences secondaires dans la moelle* (les faisceaux qui dégèrent sont plus atteints dans les lésions du cerveau gauche).

FEINDEL.

325) Observations sur les terminaisons nerveuses sensitives dans les Muscles volontaires (Observations on sensory nerve-endings in voluntary muscles), par ANGELO RUFFINI (Bologna). *Brain*, 1897, Part 79, p. 368.

Il y a trois formes de terminaisons nerveuses sensitives dans les muscles volontaires : les fuseaux neuro-musculaires, les corpuscules des tendons, les corpuscules de Pacini.

Dans les fuseaux neuro-musculaires les terminaisons nerveuses se présentent sous des aspects variés : a) en ruban annulo-spiral ; b) en guirlande de fleurs ; c) en forme de plaque.

L'auteur entre aussi dans quelques détails sur la structure des corpuscules tendineux de Golgi et des corpuscules de Pacini.

Quant à la physiologie de ces terminaisons nerveuses sensitives, elle est encore à faire tout entière.

PIERRE MARIE.

326) Des causes de la différence entre les dimensions apparentes et les dimensions réelles du corps humain, par HOFBAUER. *Zeitsch. für Psychologie*, septembre 1897.

Certains hommes, quoique moyens, semblent d'une taille très élevée surtout quand on les voit nus ; l'inverse se produit aussi. La raison de cette apparence illusoire est dans les proportions respectives de diverses parties du corps. D'abord dans le rapport du *buste aux jambes* : plus celles-ci sont longues, plus l'individu paraît grand ; les Grecs en avaient déjà fait la remarque (Homère, *portrait de Ménélas et chefs-d'œuvre de la statuaire*). Il faut tenir compte de ce que, chez la femme, le tronc et les membres inférieurs ont même longueur. Les dimensions apparentes du corps dépendent aussi du rapport entre le *buste et le cou*, plus celui-ci est long, plus l'individu paraît grand (Apollon du Belvédère) ; ces phénomènes reposent sur une illusion d'optique.

P. JANET.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

327) L'inanition du Noyau cellulaire, par M. LOUKIANOW. *Revue scientifique*, 23 octobre 1897.

Les résultats constatés confirment le principe de la complexité fonctionnelle de la cellule, car le *noyau* supporte l'inanition autrement que le *corps cellulaire* : après que l'animal a été soumis au jeûne, les diamètres de la cellule et de son noyau diminuent dans des proportions très différentes. Le noyau peut perdre une grande partie de sa masse tout en conservant sa structure vitale. L'auteur expose ses recherches karyométriques sur des souris blanches ; dans l'inanition absolue le noyau diminue comparativement plus que le corps entier de l'animal. Dans le jeûne partiel, la *durée* importe moins que sa *qualité* (la diète) : les noyaux cel-

lulaires hépatiques diminuent d'autant moins que la nourriture consiste davantage en graisses et matières albuminoïdes. Les noyaux tendent aussi à se *diviser* selon les conditions de la nutrition.

L'auteur fait ressortir l'*autonomie biologique* du noyau et la complexité organique de la cellule.

P. JANET.

- 328) **Ramollissement du Corps Strié (avec participation de la Capsule Interne) ayant amené une Chorée hémiplegique et un Diabète sucré**, par R. LÉPINE. *Revue de médecine*, octobre 1897, n° 10, p. 835.

Une femme de 64 ans est depuis 4 ans parétique et choréique à gauche; on constate du sucre dans l'urine, fait qui n'existait pas après la crise qui marqua le début de l'hémichorée. Mort de tuberculose pulmonaire. — A l'autopsie, la tête du noyau caudé de l'hémisphère droit, vu par le ventricule, est le siège d'un ramollissement qui a le volume d'une petite amande. Une section à ce niveau permet de constater que la lésion s'étend à plus d'un centimètre dans l'épaisseur de la substance grise et intéresse légèrement la partie postéro-interne du genou de la capsule interne dans une certaine étendue.

La lésion de la capsule interne a été la cause de l'hémiplegie; elle fut aussi la cause de l'hémichorée; on sait que les lésions de tout autre siège que celui indiqué par Charcot peuvent produire des mouvements choréiques lorsqu'elles intéressent le faisceau pyramidal.

La même lésion serait la cause du diabète; les lésions les plus variées de l'encéphale peuvent donner lieu à la glycosurie; une lésion du corps strié peut l'amener, et dans le cas actuel la lésion nerveuse a précédé le diabète.

FEINDEL.

- 329) **Examen anatomo-pathologique d'un cas d'Ataxie Héritaire** (The morbid Anatomy of a case of hereditary ataxy), par AD. MEYER. (*Worcester, Mass.*) *Brain*, 1897, Part LXXIX, 276.

Il s'agit du cas VI de la famille dont Sanger Brown a publié l'histoire dans *Brain* en 1892. Cette femme est morte, à l'âge de 67 ans, de diarrhée tuberculeuse. La moelle était diminuée de volume; les racines tout à fait normales; très légères lésions dans les régions lombaire et dorsale, beaucoup plus prononcées dans la région cervicale (faisceau de Goll, faisceau cérébelleux direct); dans la région dorsale Meyer signale le petit nombre de cellules des colonnes de Clarke. Pas de lésion circonscrite du cervelet, l'atrophie de cet organe est douteuse et en tout cas très peu prononcée; pas de dégénération des nerfs optiques.

PIERRE MARIE,

- 330) **Conservation des fuseaux neuro-musculaires dans un cas d'atrophie musculaire très prononcée consécutivement à la section d'un nerf moteur** (Short Note on sense organs in muscle and on the preservation of muscle spindles etc....), V. HORSLEY. *Brain*, 1897, Part 79, p. 375.

Il s'agit des muscles gastrocnémiens de chats à qui on avait coupé le sciatique à des époques variables entre quelques jours et une année. A partir du 70^e jour de l'opération les fuseaux neuro-musculaires, comme d'ailleurs tout les muscles, éprouvaient une rétraction manifeste portant surtout sur leur cavité. La différence entre les fibres foncées du gastrocnémien devenait plus

accentuée. Quant aux corpuscules de Pacini, ils ne semblent présenter aucune altération. Quatre microphotographies.

PIERRE MARIE.

331) **Note sur les fuseaux neuro-musculaires dans la Paralysie Pseudo-hypertrophique** (Note on muscle-spindles in pseudo-hypertrophic paralysis), par A. S. GRÜNBAUM. *Brain*, 1897, Part 79, p. 365.

Dans une autopsie de paralysie pseudo-hypertrophique dans laquelle les muscles étaient très altérés et presque entièrement transformés en graisse, G. a trouvé, à côté de fuseaux neuro-musculaires tout à fait sains en apparence, quelques-uns de ces organes dont une ou plusieurs des fibres musculaires propres étaient diminuées de volume et le siège d'un dépôt de substance hyaline tout autour. Quant aux fibres nerveuses des fuseaux, elles ne présentaient pas d'altérations. Quatre microphotographies.

PIERRE MARIE.

332) **Notes sur l'anatomie pathologique de la Pseudo-hypertrophie Musculaire Progressive** (1) (Poznamky ku anatomicko-pathologickému nalezu při pseudohypertrophia muscularis progressiva), par E. MAIXNER (de Prague). *Casopis českých lékařů*, 1897, c. 50.

L'auteur fournit une nouvelle preuve à l'appui de l'origine familiale de cette maladie. L'auteur a observé trois sœurs qui en étaient atteintes et dont une a succombé par hasard. L'examen microscopique de la moelle épinière et des nerfs périphériques a confirmé quelques idées de l'auteur en ce qui concerne la pathogénie de la maladie en question. C'est Charcot, Gowers et Schultze qui plaident ici en faveur de la myopathie primitive, tandis que Erb, Lépine, Preiss, Florand et Boix affirment l'origine centrale de la pseudo-hypertrophie musculaire. Or, l'auteur a trouvé dans la moelle épinière, surtout dans la partie lombaire, que les cellules ganglionnaires des cornes antérieures sont pauvres de prolongements, et que les prolongements protoplasmiques dans quelques endroits sont complètement défaut. Le corps cellulaire est transformé en un amas de grains plus ou moins grands dans lesquels se trouve le nucleolus bien conservé. Dans les cellules où le processus destructif était plus avancé on n'a pas pu constater la présence de la nucléole. Quelques cellules ont conservé leur aspect normal. Dans la névroglie des hémorragies, les veines sont dilatées et remplies de beaucoup de sang. Les parois des vaisseaux sont épaissies.

La substance blanche offre de même quelques lésions trouvées aussi dans les nerfs périphériques quoique moins intenses. Les cylindraxes sont agrandis et ils ne se colorent pas facilement. On n'a pas pu pourtant démontrer la destruction des cylindraxes comme dans les nerfs périphériques. Le tissu autour des vaisseaux offre l'aspect vitreux. Ces lésions sont plus marquées dans la moelle cervicale que dans la moelle dorsale.

Dans les nerfs du plexus brachial les cylindraxes sont agrandis, mal colorés, tuméfiés. Dans le tissu conjonctif, augmentation de grains.

Dans le nerf crural et sciatique, processus destructif des cylindraxes assez avancé.

L'auteur fera paraître l'étude clinique des cas cités ainsi que l'examen microscopique plus détaillé.

HASKOVEC (de Prague).

(1) Communication au Congrès international à Moscou.

- 333) **Mensuration de la toxicité vraie de l'alcool éthylique. Symptômes de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique par l'alcool éthylique**, par A. JOFFROY et R. SERVEAUX. *Arch. de méd. expérimentale*, juillet 1897, n° 4, p. 681.

L'alcool éthylique est un poison qui détermine dans l'intoxication aiguë des troubles thermiques respiratoires, circulatoires, moteurs et sensitifs. Son équivalent de toxicité vraie est, chez le chien, de 7 c.c. 95 par kilog. et chez le lapin de 7 c.c. 75 par kilog., ces nombres correspondant à l'alcool éthylique commercial.

Pour l'intoxication chronique, l'alcool éthylique est un poison énergique produisant rapidement des lésions de l'estomac, de l'intestin et des reins, qui peuvent entraîner la mort parfois à brève échéance.

FEINDEL.

NEUROPATHOLOGIE

- 334) **Contribution clinique à l'étude des Paralysies Cérébrales Spasmodiques de l'enfance** (Contributo clinico allo studio delle paralisi cerebrali dell' infanzia, sindrome di Little), par BONASERA. *Il Pisani*, Palerme, 1897.

Les quatre cas de B. démontrent une fois de plus que des lésions variables peuvent présenter la même symptomatologie. Ainsi propose-t-il d'appliquer à l'ensemble de ces affections la dénomination de *paralyse spasmodique générale de l'enfance* ou de *rigidité générale paralytique de l'enfance*; on fera suivre ce terme de qualificatifs suivant qu'il s'agit de cause *cérébrale* ou *spinale*, que les principaux symptômes sont la *paralyse* ou la *contracture*, et suivant la forme de celles-ci (*hémiplegique*, *diplegique*, *paraplegique*, *monoplegique*). Il serait utile de restreindre l'emploi du terme *syndrome de Little* aux affections ayant l'étiologie indiquée par cet auteur, soit aux *paralysies spasmodiques généralisées des enfants nés avant terme* ou dans un accouchement laborieux.

SILVESTRI.

- 335) **Paralyse Agitante. Causes, symptômes et marche** (Paralysis agitans Aarsager, Symptømer og Forløb), par N. HOLM (Copenhague).

L'auteur base sa description de la maladie de Parkinson sur 45 cas. Contrairement aux idées généralement reçues, il a constaté que la plupart des personnes atteintes étaient des femmes (36 contre 9 hommes) et la différence est si considérable qu'elle ne peut pas tenir à des hasards. La prépondérance numérique des femmes à l'hôpital en question (Almindelig Hospital, à Copenhague) n'était que 5 sur 4. A la clinique gratuite de Copenhague où dans l'espace de 1884-94 on a traité 36 personnes souffrant de la maladie de Parkinson, les femmes étaient encore en grande majorité (24). Les prédispositions de famille sont rares dans les cas de H. qui comptent pourtant deux cas de frère et sœur. L'auteur pense que les rapports de la maladie avec la syphilis méritent un examen plus exact qu'on ne leur a fait subir jusqu'ici.

Mais bien qu'il ne soit guère possible de démontrer une relation causale entre les deux affections, il se peut qu'elles agissent l'une sur l'autre quant à leur développement et à leur marche. Dans 7 cas une terreur ou un grand dépit ont eu pour effet que la maladie s'est déclarée. Dans 3 cas elle a été causée par des traumatismes.

La description de la symptomatologie est conforme au tableau déjà connu. Suivant les observations de l'auteur, les deux mains et les bras tremblent en même temps avec les mêmes groupes de muscles; de même les membres inférieurs

ont des tremblements simultanés. D'un autre côté, l'action des membres supérieurs et celle des membres inférieurs ne correspondent pas toujours. Dans quelques cas on a observé un tremblement pendant le sommeil. Dans deux cas il y avait aphonie presque complète. A l'examen avec l'électrolaryngoscope on a constaté dans ces cas une paralysie des cordes vocales, chez l'un des malades parésie des adducteurs, chez l'autre parésie des abducteurs avec des spasmes des adducteurs. Chez 4 malades il y avait diminution de la sensibilité, en partie jointe à des paresthésies. Dans le tiers des cas on a constaté des sensations de chaud.

Dans les phases plus avancées on a observé parfois des cas ressemblant au collapsus. Cependant ceux-ci n'amenent jamais la mort, et en général la paralysie agitante ne paraissait pas diminuer considérablement la vitalité.

ANNE POULSEN (de Copenhague).

336) **Scoliose et Torticollis Hystériques**, par MIRALLIÉ et CHAPUS (Nantes).
Rev. d'orthopéd., janvier 1898.

Une hystérique avérée ayant présenté depuis l'âge de 25 ans des accidents relevant de la grande névrose (paraplégie, crises nerveuses, trismus, cyphose passagère, spasme de l'œsophage, contractures, aphasie) est atteinte, à l'âge de 45 ans, d'un accès de blépharospasme pour lequel elle consulte le Dr Mirallié. Au cours de la consultation ce dernier s'entretient du cas avec son interne et parle, devant la malade, de la possibilité de l'apparition d'une déviation rachidienne. Quelques jours après apparaît une scoliose qui devient très prononcée, au grand désespoir de la malade. Une médication suggestive fait disparaître bientôt blépharospasme et scoliose.

Deux mois après, le spasme des paupières se reproduit et, cette fois, par auto suggestion de souvenir, s'accompagne spontanément de scoliose; même traitement, même résultat.

Enfin, après trois mois de santé normale, la malade présente une troisième attaque de scoliose, plus marquée encore que les précédentes, qui se manifeste isolément, sans autre accident hystérique. La guérison est obtenue en 11 jours par un traitement médicamenteux suggestif.

HENRI MEUNIER.

337) « **Tic du colporteur** » (**Spasme polygonal post-professionnel**), par GRASSET. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 10^e année, n° 4, juillet-août 1897 (22 p., 2 fig.).

Quand le malade se promène dans le jardin de l'hôpital, on le voit avec un bâton entre les dents, tenant son doigt sur une des extrémités de ce bâton et maintenant ainsi sa tête; quand, à la visite, il s'approche, il maintient sa tête, un doigt dans son bonnet. Sans cela, dès qu'il l'abandonne elle s'en va vers l'épaule gauche, se rapproche de cette épaule qui se soulève; en même temps le bras gauche s'applique fortement contre le tronc; enfin le bras droit est fortement rejeté en arrière. Le malade se trouve ainsi dans la posture d'un homme qui fait effort pour soutenir un fardeau qui serait posé sur l'épaule gauche.

On retrouve bien là les caractères du tic nerveux, « un ensemble d'actes musculaires qui relèvent de l'excitation des centres connexes, mais bien indépendants les uns par rapport aux autres, n'agissant que par une forme de synergie spéciale et dans un but fonctionnel ».

D'après M. Brissaud, la différence du tic avec le spasme consisterait en ce que : « le spasme est un phénomène simple, exclusivement réflexe et par consé-

quent d'origine spinale, tandis que le tic est un acte automatique, coordonné et par conséquent d'origine corticale ». Ici, M. Grasset fait des réserves. Tout acte automatique coordonné n'est pas nécessairement d'origine corticale; il y a des actes bulbaux, des actes spinaux coordonnés et automatiques. M. Brissaud dit aussi : « rien ne peut empêcher le spasme, acte réflexe ». Cependant il y a bien des réflexes vrais bulbo-médullaires, sur lesquels la volonté a une action dynamisante ou inhibitrice, ce ne sont cependant pas des actes corticaux. Donc, le fait que la conscience est prévenue des tics et que la volonté peut exercer sur une action inhibitrice, ne prouve nullement la nature corticale et mentale du tic. « Le tic est une maladie psychique », a dit Charcot. Il existe bien des *tics psychiques vraiment mentaux*, c'est-à-dire des cas dans lesquels la volonté simple d'un aboulique ne peut pas empêcher une pensée plus ou moins saugrenue de se manifester par un acte. Mais tous les tics nerveux ne sont pas mentaux pour cette seule raison qu'ils sont coordonnés et que la volonté les inhibe.

Le tic est un acte complexe et associé (c'est ce qui le différencie du réflexe pur); mais il y a plusieurs grands groupes de centres où s'élaborent les actes complexes associés et notamment l'axe bulbo-médullaire (déviation conjuguée, marche chez le canard décapité, etc.) et le *polygone cérébral*. On conçoit donc un premier groupe de tics non mentaux, reproduisant des mouvements associés d'origine bulbo-médullaire; ce groupe s'étendra beaucoup plus si l'on tient compte du *polygone* formé par les divers centres de l'automatisme *psychologique*. Parole, écriture, sont actes polygonaux, ni libres, ni conscients lorsqu'ils sont automatiques. Du siège du moi personnel, conscient, libre, responsable, partent tous les actes qui ont ces caractères, parole volontaire, écriture volontaire, toute la vie libre; au-dessous est le polygone des actes automatiques. Le polygone est relié au centre supérieur, mais il a sa vie propre qui apparaît dans le sommeil, la distraction; il y a une pathologie vraie du polygone (aphasie, aggraphie, automatisme ambulateur, etc.).

Ce qui caractérise cette activité polygonale, c'est d'être *psychique*. C'est-à-dire compliquée, coordonnée, intelligente, et de n'être pas libre et consciente, de n'être pas *mentale*; toute la mentalité est en O (schéma de Grasset). Psychisme n'est donc plus synonyme de mental : le mental ou *psychisme supérieur* a son centre en O, l'automatisme ou *psychisme inférieur* a son centre dans le polygone.

De là trois espèces de tics : le *psychique* est celui qui dépend directement d'une idée actuelle, qui réside en O, dans l'intellectualité vraie et supérieure; le tic bulbo-médullaire n'a aucun des caractères du *psychisme*, entre les deux le tic polygonal a les caractères du *psychisme*, mais du *psychisme inférieur*, automatique. L'homme a bien un tic que M. Brissaud qualifierait de mental; M. Grasset préfère l'appeler polygonal. Si l'intellectualité supérieure, O, était malade, le sujet ne pourrait, par le seul effort de sa volonté, se soustraire à son tic un seul instant. L'état morbide n'est pas dans les muscles ni dans les nerfs; il n'est pas non plus « dans l'esprit même » (Brissaud). L'esprit du sujet, O, n'est pas malade, il est seulement distrait. Les communications entre O et le polygone sont affaiblies. Certaines parties du polygone sont hyperexcitées; c'est là le point de départ du tic.

Comment l'homme a-t-il pris sa maladie de l'habitude? Ce colporteur a un spasme post-professionnel, il fait le geste de charger son ballot sur son épaule. La profession explique la forme du tic; mais il faut la collaboration d'autres causes pour sa production. Or on trouve : des causes de dépression du système ner-

veux (alcoolisme, excès, préoccupations morales), qui entraînent un état névropathique. A ce moment son polygone est tout imprégné du souvenir inconscient de sa vie de colporteur qu'il a abandonnée à regret, à laquelle il pense inconsciemment. Cette idée polygonale passe dans l'acte, il fait automatiquement le geste compliqué de soulever son ballot sur l'épaule gauche. L'habitude pathologique se constitue. Il a un tic polygonal, le tic du colporteur.

Quel sera le traitement ? « Le seul procédé efficace est celui que le chirurgien (Kocher et De Quervain) recommande après l'opération et que nous recommandons avant. Ici, patience et longueur de temps font plus que force interventions ni que rage opératoire (Brissaud). » Le traitement sera la rééducation. Il faut réapprendre à la volonté du sujet, à son O, à reprendre la diction de son polygone. Pour cela, il faut beaucoup de patience de la part de l'éducateur, et la collaboration active de l'éduqué. Cette méthode est à rapprocher de celle de Frenkel pour le tabes. Enfin on aura recours comme adjuvants à l'électrothérapie, au massage, aux toniques généraux, à l'hydrothérapie. FEINDEL.

[« Le tic, avait dit M. Brissaud, est un acte automatique coordonné et par conséquent d'origine corticale. » M. Grasset répond : « Tout acte automatique coordonné n'est pas nécessairement d'origine corticale... Il y a incontestablement des actes bulbaires et même des actes spinaux qui sont coordonnés et automatiques ». Il est vrai qu'un acte automatique peut n'être pas de nature corticale, mais il est toujours d'origine corticale. Il n'est pas d'acte automatique, qui, avant de devenir automatique, n'ait été voulu et calculé. Il n'y a pas, en d'autres termes, d'actes automatiques d'emblée. Tous les actes dits automatiques, et par définition inconscients, ont été à un moment donné voulus, calculés, par conséquent conscients.

Les actes automatiques tels que la parole et l'écriture, qui, selon M. Grasset, ont leurs centres non pas dans l'écorce mais dans le « polygone sous-cortical », ne sont ni libres ni conscients... Conscients, ils ne le sont plus, et encore ! Libres, c'est une autre affaire. Mais ils ont été inconscients avant de devenir automatiques.

Bref M. Grasset conclut que le tic du son malade est sous-cortical et psychique, mais non pas cortical et mental. Car « ce qui caractérise l'activité polygonale, c'est d'être psychique c'est-à-dire compliquée, coordonnée, intelligente, et de n'être pas libre et consciente, de n'être pas mentale... psychisme n'est donc plus synonyme de mental ».

M. Grasset, prévoyant une objection inévitable, prend les devants et dit : « Ne voyez pas dans cette distinction une simple querelle de mots. Il y a une idée derrière, idée qui se rattache à une querelle plus générale et assez importante. C'est la question du rôle de l'idée, du processus mental vrai dans la pathogénie des accidents névrotiques. Je crois que ce rôle a été parfois exagéré... » Et cependant l'histoire même du malade de M. Grasset ne rend-elle pas évident ce rôle pathogénique du processus mental ? « Des causes de dépression du système nerveux (alcoolisme, excès, préoccupations morales) entraînent un état névrotique. A ce moment le polygone du malade est tout imprégné du souvenir inconscient de sa vie de colporteur qu'il a abandonnée à regret, à laquelle il pense inconsciemment. Cette idée polygonale (?) passe dans l'acte, il fait automatiquement le geste compliqué de soulever son ballot sur l'épaule gauche. L'habitude pathologique se constitue. Il a un tic polygonal : le tic du colporteur. »

Tout cela est la reproduction exacte de ce que nous ont appris les descriptions

de M. Brissaud avec la mention spéciale des conditions étiologiques déprimantes et l'obsession de l'acte complexe d'où procèdera le tic. Le malade de M. Grasset avait donc un torticolis psychique, « spasme polygonal », M. Grasset ajoute : « Beaucoup de cas étudiés par Brissaud sous le nom de torticolis mental me paraissent rentrer dans ce dernier groupe de tics polygonaux... » Or, des malades dont M. Brissaud a rapporté les observations, il n'en est pas un seul qui ne serait considéré par M. Grasset comme atteint de « tic polygonal ».]

PSYCHIATRIE

- 338) **Sur un cas de Paralyse Générale juvénile due à la Syphilis héréditaire avec lésions vasculaires spécifiques** (Ueber ein Fall von juveniler Paralyse auf hereditärgenetische Basis mit spezifischen Gefässveränderungen, par CARL RAD (Tubinge). *Archiv f. Psychiatrie*, t. XXX, fasc. 1, p. 82, 1898 (1 obs., bibliogr., 8 fig. en couleur, 20 pages).

Jeune homme de 21 ans. Le père, atteint de paranoïa chronique, était syphilitique et alcoolique. Début à 15 ans par des convulsions épileptiformes prédominantes à droite; depuis cinq ans, affaiblissement de la vue, puis affaiblissement intellectuel, trouble de la parole. A son entrée, il est au dernier terme de la démence, ne prononce plus que quelques mots et des sons inarticulés; réaction pupillaire nulle, exagération des réflexes et rigidité spasmodique légère. Mort de pneumonie.

A l'autopsie : encéphalo-méningite chronique. Pie-mère œdémateuse épaissie, ne s'arrachant qu'en entraînant des pertes de substance. Tissu cérébral ferme à la coupe. Artérite syphilitique de nombreuses artères de la base (artérite oblitérante et anévrysmes).

Examen microscopique. — La pie-mère, partout très épaissie, forme un bourrelet sur les circonvolutions temporales gauches où elle est le siège d'hémorragies. Les fibres tangentielles et radiées sont partout atrophiées, parfois complètement. Les cellules ne paraissent dégénérées (autant qu'on en peut juger après le durcissement au bichromate) que dans les circonvolutions centrales. Les vaisseaux sont très multipliés et les capillaires de l'écorce sont épaissis, infiltrés et anévrysmatiques. Rien dans le cervelet. Les cellules des noyaux de l'hypoglosse sont très atrophiées, mais les nerfs paraissent sains. Petit ramollissement symétrique des noyaux de l'oculo-moteur, les nerfs en sont sains comme tous les nerfs crâniens. Description détaillée des lésions syphilitiques de la base du cerveau. Dans les petites artères, c'est la mésartérite et la périartérite qui prédominent. Dans les veines il n'y a qu'une légère périphlébite très peu constante d'ailleurs. L'auteur renvoie pour l'étude de la question de la paralyse générale juvénile aux articles d'Alzheimer (*Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1895), et Gudden (*Archiv f. Psychiatrie*, 1894). Il indique les cas de paralyse générale où on a noté les lésions artérielles syphilitiques.

TRÉNEL.

- 339) **Les causes de la Paralyse Générale**, par J. Cu. Roux. *Gazette des hôpitaux*, 13 janvier 1898, n° 5, p. 35.

Comme Mairé et Vires, R. pense qu'il n'est pas possible d'attribuer la paralyse générale à une seule cause, toujours la même dans tous les cas. L'unité clinique de la paralyse générale est sous la dépendance de lésions anatomiques toujours du même ordre, mais la même lésion anatomique de l'élément est susceptible d'avoir pour origine des causes différentes.

FEINDEL.

340) **Aspects cliniques de l'auto-intoxication**, par Hurd. *American Journal of insanity*, vol. LIV, p. 45, juillet 1897.

L'intoxication intestinale aiguë ne devra pas être recherchée chez les malades chroniques, mais bien dans les cas de folie aiguë à idées délirantes variables où l'on trouve de l'incohérence, de l'agitation, de la constipation, de l'élévation de la température, de la fétidité de l'haleine, etc..

L'auteur décrit la méthode de Simon pour l'examen des matières fécales et de l'urine. La tyrosine, produite par le processus de putréfaction des matières albuminoïdes, se décompose vite et ne se retrouve guère dans les matières fécales que sous forme de ses produits de décomposition, le phénol, l'indol, le scatol. Ces derniers corps ne se rencontrent dans l'urine que sous forme de sulfates.

Des observations de Simon il résulte qu'à une diminution dans la sécrétion de l'acide chlorhydrique de l'estomac, correspond une augmentation de la putréfaction intestinale, et que le degré de cette putréfaction intestinale est en rapport direct avec l'élimination des sulfates.

Le tableau clinique de l'intoxication intestinale se présente dans tous les services qui reçoivent des cas aigus, état puerpéral, folie alcoolique, etc...

Le premier point du traitement sera de débarrasser l'extrémité inférieure de l'intestin des matières en putréfaction, car les expériences de Bowman ont montré que le processus de la putréfaction est de beaucoup plus accentué dans cette partie : pour ce faire, de grands lavements donneront les meilleurs résultats, ce qui n'empêchera pas les purgatifs.

Ensuite l'hypochlorhydrie de l'estomac sera combattue et le tube digestif sera antiseptisé, en se rappelant que les antiseptiques intestinaux les plus solubles agissent dans la première partie de l'intestin, et les moins solubles dans la seconde.

L'ingestion d'une grande quantité d'eau soit pure, soit médicamenteuse, le plus souvent acidulée seulement avec l'acide carbonique, constituera un excellent mode d'élimination des toxines non seulement pour l'intestin, mais aussi pour les reins et la peau.

La diaphorèse sera stimulée par des bains chauds et du massage : chez les malades affaiblis, des onctions au beurre de cacao pourront rendre des services. Il ne faudra pas oublier non plus de combattre, par des préparations appropriées, l'action destructive que présente sur les globules rouges l'absorption des substances toxiques.

Ce mode de traitement ne sera applicable que chez un petit nombre des malades depuis longtemps dans un asile, mais pourra être utilisé pour nombre de cas aigus de manie, de mélancolie au début qui présentent des symptômes d'intoxication intestinale.

E. BLIN.

341) **L'alitement et les chambres d'isolement dans le traitement des Aliénés**, par K. HEILBRONNER (Breslau). *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, t. LIII, 1896.

L'auteur s'élève avec force contre l'usage de réunir les aliénés en grand nombre dans des salles communes ; les salles de réunion et surtout de surveillance ne doivent contenir que le moins grand nombre possible de malades.

L'emploi, non des cellules, mais des chambres particulières, rend, quoiqu'on en ait dit, les plus grands services comme moyen thérapeutique ; il est des malades

très agités, violents, obscènes, qu'il faut isoler autant pour eux-mêmes que pour les autres, et pour ceux-là on ne peut pas éviter d'une façon absolue l'usage des chambres, mais il faut le réduire au minimum nécessaire. L'alitement est indispensable dans tous les cas aigus, chez les malades agités, anxieux, et peut être combiné avec avantage avec l'isolement plus ou moins complet. TRÉNEL.

THÉRAPEUTIQUE

342) **Le Torticollis et son traitement.** par P. REDARD. Paris, 1898, chez Carré et Naud (250 p., 66 fig. ou phot., bibliogr.).

Dans cette monographie Redard étudie toutes les variétés de torticollis (torticollis cutané, musculaire, articulaire osseux, etc.) en insistant surtout sur les formes les plus fréquentes, c'est-à-dire sur le torticollis musculaire et articulaire.

Le torticollis est congénital ou acquis. Le torticollis congénital est relativement fréquent ; il se produit pendant la vie intra-utérine et succède à des positions vicieuses du fœtus, peut-être maintenues par des adhérences amniotiques, la tête inclinée de telle sorte que les insertions du sterno-mastoïdien soient maintenues rapprochées pendant un certain temps. La fréquence du torticollis congénital à droite, en rapport avec les positions le plus communément observées, sa coïncidence avec des accouchements difficiles et avec des présentations du siège, l'hérédité, la coexistence de l'hémiatrophie crânio-faciale et d'autres difformités, la constatation de certaines lésions anatomiques sont de puissants arguments en faveur de cette manière de voir.

Torticollis acquis. — A côté des torticollis cutanés ou cicatriciels, des torticollis musculaire, articulaire, osseux, il existe un *torticollis nerveux*. Les tumeurs, les ramollissements, les hémorragies, etc. des centres nerveux peuvent être la cause de torticollis. Les lésions périphériques, les compressions du spinal ou des nerfs du plexus brachial sont souvent suivies de torticollis du côté opposé à la lésion. Le *torticollis spasmodique*, qui semble indépendant de toute lésion anatomique, doit être considéré comme une affection spasmodique de plusieurs muscles du cou plutôt que comme un spasme limité à un muscle ou au domaine d'un nerf ; l'étiologie en est encore peu élucidée ; dans la plupart des observations, on note l'hérédité nerveuse, la *dégénérescence* à la fois cérébrale et organique, la migraine ophtalmique, la neurasthénie, l'épilepsie, l'aliénation mentale.

Le spasme se produit sous l'influence de causes variées, quelquefois il est en rapport avec certaines maladies générales (fièvre typhoïde, syphilis). Quant à la pathogénie, c'est à la théorie centrale que la plupart des auteurs semblent se rallier. Pour M. Brissaud, le trouble serait uniquement psychique et consisterait dans une inhibition localisée de la volonté ; les malades éprouvent le besoin irrésistible d'exécuter avec leur tête un mouvement convulsif que leur volonté, en quelque sorte paralysée, ne leur permet pas d'enrayer. Le mouvement une fois produit, la même insuffisance de volonté reparait et, alors même qu'ils le veulent, ils ne peuvent arriver à redresser leur tête en corrigeant l'effet produit ; mais des malades peuvent faire cesser leurs crampes par la simple apposition du doigt au menton. Cette théorie du *torticollis mental* ne prouve pas, dit Redard, que le torticollis spasmodique soit une maladie purement psychique, un certain nombre de spasmes, sous la dépendance de lésions nerveuses matérielles peuvent du reste être suspendues momentanément par une contention extrêmement faible.

Dans les torticolis par spasmes cloniques brusques rentrent encore ceux de la myoclonie, du tic non douloureux de la face, de la maladie des tics, du paramyoclonus multiplex, des spasmes fonctionnels; ils se rattachent tous à un état névropathique ou cérébral. Dans l'hystérie, le torticolis peut dépendre de la contracture des muscles; P. Richer a observé une forme de torticolis hystérique intermittent qui était un véritable torticolis spasmodique. Mais le torticolis dans l'hystérie, la neurasthénie et l'épilepsie, est rarement à l'état de syndrome isolé et s'accompagne presque toujours des autres symptômes de ces névroses. Enfin, le torticolis paralytique, extrêmement rare, doit être admis dans quelques cas.

R. étudie les attitudes que font prendre aux malades les contractures musculaires provoquées par la douleur du torticolis aigu, par les troubles visuels qui sont l'origine du torticolis oculaire, par le torticolis auriculaire, par les torticolis chroniques (congénital, par rétraction musculaire acquise, articulaire chronique, par mal de Pott) et les torticolis nerveux.

Nous ne suivrons pas R. dans les détails qu'il donne sur le traitement des torticolis qui sont du domaine de la chirurgie et de l'orthopédie. Dans quelques-unes de ses observations de *torticolis nerveux spasmodique* il a obtenu d'excellents résultats d'*exercices gymnastiques* consistant en mouvements actifs et passifs de l'extrémité céphalique et du cou. L'électricité, la suggestion, la section de J. Guérin ont donné quelques succès.

Kocher (de Berne) a proposé (1884) la *section de tous les muscles* qui participent au spasme. Il ne cherche pas, comme Guérin, à atteindre surtout les filets nerveux, il entend agir uniquement sur les faisceaux musculaires. Kocher combine les sections, suivant les particularités des cas, pratiquant les myotomies en une ou plusieurs séances, d'un seul côté ou des deux côtés, suivant le siège des spasmes. Les myotomies doivent être répétées à plusieurs reprises, avec persévérance, jusqu'à disparition complète des spasmes. Sur 12 cas, Kocher a obtenu 7 guérisons, qui ont nécessité une moyenne de deux ou trois interventions, et qui se sont maintenues depuis plusieurs années.

Les résultats curatifs sont attribués par Kocher à une *suggestion du centre cortical*. Cette méthode exige pour complément l'exécution régulière d'exercices gymnastiques de la tête et du cou, qui, à l'avis de R., jouent le rôle principal dans les cures obtenues.

La section ou la résection du spinal ont été préconisées par un grand nombre d'auteurs, et récemment par N. Smith, Richardson, Walton, Lejars, Isidor. Sur 24 cas de résection du spinal réunis par L.-H. Petit, on trouve 13 guérisons, 7 améliorations considérables, 3 améliorations passagères et 1 mort. D'après la statistique d'Isidor, sur 35 cas de résection du spinal, on note 6 guérisons, 14 améliorations, 15 insuccès. L'*excision des branches postérieures des nerfs cervicaux*, opération grave, la *ligature, l'élongation du spinal*, ont donné des succès, et des insuccès.

Les myotomies multiples, les interventions sur les nerfs, ne s'adressent pas au siège de l'origine du torticolis. Si l'on admet l'origine centrale de l'affection, devrait-on faire la trépanation et l'excision du centre de la rotation de la tête situé (Dercum) en avant du centre des mouvements du bras? FEINDEL.

343) **Le traitement médical du Torticolis Mental**, par E. FEINDEL. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1897, nov.-déc. (6 phot.).

Depuis le commencement de 1896, F. a entrepris sur 5 malades un traitement

fait d'abord d'exercices très simples, qui ne se compliquent que graduellement à mesure que l'amélioration s'accroît.

La méthode consiste en *exercices d'immobilité*, et *exercices de mouvements*.

I. — Les *exercices d'immobilité* de la tête sont gradués de la façon suivante :

Au début du traitement, le malade est assis, la tête maintenue par l'appui du menton sur un objet autre que la main ; plus tard le malade, toujours assis, est seulement adossé, les bras ballants ; encore plus tard, il est debout, puis il marche.

Dans ces diverses positions il s'efforce à maintenir sa tête dans la rectitude le plus longtemps possible. Toutefois au moindre signe de fatigue, il doit cesser l'effort de volonté, et se reposer.

Il est bon de fixer quelque objet au début du traitement. La fixité du regard ne contribuait pas peu à maintenir droite la tête du patient. A ce titre l'emploi du campimètre paraît très utile.

II. — Les *exercices de mouvement* seront eux aussi peu compliqués au début :

On fera tourner la tête à droite, à gauche ; on la fera s'incliner sur une épaule, sur l'autre, etc., et cela dans différentes attitudes du corps, les épaules étant haussées, les bras étant levés, ou croisés.

On modifie sans cesse, on augmente surtout les difficultés à mesure que l'amélioration devient plus marquée ; mais les mouvements simples du début sont en partie répétés à chaque séance, et tout mouvement mal fait est recommencé et travaillé à nouveau dans les séances suivantes jusqu'à ce qu'il soit parfaitement exécuté.

Les mouvements doivent être faits *lentement, doucement, sans secousse*, et, au moindre signe de fatigue, celle-ci survenant même au bout de quelques secondes, le repos sera prescrit pour quelques instants.

III. — La *durée des séances* est variable. Au début, deux, quatre, six minutes, suivant que le sujet se fatigue plus ou moins rapidement ; plus tard, avec l'amélioration, on augmente, mais il ne convient pas de dépasser 10 minutes. Dans la même séance, on entremêle les exercices de mouvement, aux exercices d'immobilité.

Les séances seront au nombre de cinq ou six dans la journée ; elles auront lieu tous les jours aux mêmes heures. L'une des séances journalières au moins sera dirigée par le médecin. Celui-ci doit modifier les exercices et surtout encourager le malade, lui faire constater tout progrès, et enfin être attentif à ordonner le repos dès que la fatigue s'annonce.

IV. — Une séance de gymnastique pourra être suivie de 2 à 5 minutes d'*électrisation avec un courant très faible*, ou d'autant de minutes d'un *massage léger*. Si l'on juge à propos de faire l'un et l'autre, il vaut mieux électriser un jour et masser le lendemain.

V. — Le sujet ne pourra être abandonné à lui-même que lorsque l'amélioration sera déjà très notable. Alors, il aura compris que ce traitement par sa simplicité enfantine est vraiment le bon et le seul. Il est certainement resté quelque après-midi sans faire les séances prescrites ; le lendemain il s'en est un peu plus mal trouvé ; et cette expérience qu'il a faite à ses dépens l'empêche de retomber dans le péché d'omission volontaire.

VI. — Lorsqu'un degré d'amélioration est atteint, il n'y a pas grand inconvénient à ce que le malade prolonge la durée des séances, en fasse un peu plus qu'il ne lui est prescrit. D'ailleurs, les exercices l'intéressent, il a appris à les varier.

Alors, il est meilleur médecin de lui-même que son premier guide et il est en

mesure de parfaire tout seul sa guérison. Il ne reste plus désormais qu'à lui recommander de faire encore des exercices plusieurs mois après sa guérison apparente.

Lorsqu'il ne pensera plus du tout à exécuter ses exercices, c'est que le tic lui-même sera oublié, et la guérison sera réelle et vraiment définitive.

Sur les 4 premiers malades, la méthode a eu deux succès chez deux malades dociles et attentifs, et deux insuccès, l'un chez un malade indocile, l'autre chez un vieillard difficile à discipliner et depuis longtemps déjà atteint d'une complication malaisément curable : la raideur par un raccourcissement acquis des muscles.

HENRY MEIGE.

344) **Le Torticolis Mental et son traitement**, par E. FEINDEL. *Gazette hebdomadaire*, 20 février 1898, n° 15, p. 169.

Le cinquième malade a été présenté par M. Brissaud à sa leçon du 13 janvier 1898. Ce sujet au 30 novembre dernier, réalisait un beau spécimen de torticolis mental. Les auditeurs n'ont pas constaté le tic rotatoire. C'est qu'en effet, le malade est sinon guéri, du moins sur le point de l'être.

Cet homme de 32 ans est un dégénéré, ainsi qu'en témoignent à des degrés divers : l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 10 ans, une atrophie du mollet gauche venue et partie sans cause bien appréciable, une légère anomalie de conformation des mains, un peu d'asymétrie faciale, le déplacement du tourbillon et surtout le tremblement essentiel (héréditaire). — Ce prédisposé a été sous le coup de causes déprimantes (vives préoccupations à cause de douleurs musculaires, peut-être un peu d'alcoolisme). Volontairement il s'est entraîné à répéter un mouvement toujours le même, ce mouvement est devenu un tic. Il sait ramener instantanément sa tête en bonne position par un procédé de son choix, l'apposition de son index gauche sur le menton.

HENRY MEIGE.

345) **Action physiologique et thérapeutique des courants à haute fréquence**, par D'ARSONVAL. *Archives d'électricité, expérimentales et cliniques*, 15 mai et 15 juin 1897, p. 165-179 et 213-224.

Dans cet article se trouvent exposés : un historique des courants à haute fréquence ; — diverses manières de les produire ; — les façons de les utiliser ; applications directes, applications par auto-conduction, application par condensation ; — leurs effets physiologiques : 1° l'absence d'action sur la sensibilité, malgré leur haut voltage et leur forte intensité, à cause de leur grande fréquence ; 2° la suractivité imprimée aux échanges nutritifs et à la vie cellulaire se traduisant par l'augmentation des combustions respiratoires, l'augmentation des chiffres de l'urée, l'augmentation de la chaleur émise par le corps, et les variations dans le poids du corps ; 3° l'excitation du système nerveux vasomoteur ; 4° la suractivité des cellules mêmes et du protoplasma cellulaire : action de ces courants sur la levure de bière, sur les bacilles du pus bleu et de la diphtérie, sur leurs toxines, sur les venins de la vipère et du cobra ; — leurs effets thérapeutiques dans les maladies par ralentissement de la nutrition : diabète, goutte, rhumatisme, obésité, etc. ; — et, en terminant, quelques aperçus sur le mécanisme de ces actions physiologiques et thérapeutiques. E. HUET.

346) **Sur l'influence du climat tropical sur le Système Nerveux** (Ueber den Einfluss des Tropenklimas auf das Nervensystem), par C. Rasch (Sorau). *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, t. LIV, fasc. 5, janvier 1898 (30 p., 11 obs.).

Les observations données sont très disparates et sans caractère particulier bien saillant (manie, actes impulsifs, affaiblissement intellectuel, alcoolisme, etc.).

Parmi les troubles mentaux que R. passe rapidement en revue (troubles mentaux de la malaria, cinchonisme, etc.), noter l'agrypnie tropicale (Daubler); elle paraît n'être en somme qu'une des manifestations de l'irritabilité nerveuse qui se développe dans ces climats et qui donne souvent lieu, chez des individus jusque-là normaux, à des troubles neurasthéniques parfois très intenses.

TRÉNEL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1898.

- 347) **Transmission des excitations dans les Centres Nerveux**,
par BENEDICT (de Vienne).

Il y a une loi de corrélation entre le développement du crâne et celui du cerveau. Toute excitation du cerveau retentit sur le développement du crâne, et toute excitation du crâne retentit sur le développement du cerveau. Cette loi s'applique également aux excitations pathologiques, comme le montrent les résultats de la trépanation et les effets de la révulsion cutanée.

La propagation des excitations dans les centres nerveux se fait suivant la loi des consonnances. Les fibres destinées à conduire une excitation déterminée opposent une grande résistance aux autres excitations. La propagation ne se fait pas d'une façon continue, mais avec des interruptions. Il se fait une accumulation d'influx nerveux sur certains éléments, et c'est lorsque cet influx nerveux a acquis une tension suffisante qu'il se produit une décharge. Pour cette raison, il y a plus à s'étonner de l'isolement dans la transmission des excitations que de leurs irradiations.

FEINDEL.

Séance du 2 février 1898.

- 348) CHIPAULT lit une note sur le **Traitement de l'Épilepsie, de l'Idiotie** et d'autres états encéphaliques analogues **par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique** et un travail sur le **traitement des Scolioses par l'immobilisation en bonne position**; techniques et résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 octobre 1897.

- 349) **Note sur quelques Réflexes cutanés chez les Épileptiques**,
par CH. FÉRÉ.

L'auteur explore les réflexes pupillaire, cutané, scapulaire supérieur, scapulaire inférieur, palmaire, plantaire, crémastérien, etc., chez les épileptiques bromurés et non bromurés. L'action des bromures sur les réflexes est peu marquée.

Séance du 16 octobre.

- 350) **Atrophie partielle des Nerfs Optiques à la suite d'une brûlure cutanée traitée par l'iodoforme**, par A. TENSON.

L'auteur rappelle à ce propos des cas de lésions oculaires liées tantôt à de

brûlures cutanées, tantôt (comme dans sa propre observation) à l'intoxication par l'iodoforme.

Séance du 23 octobre.

351) **Paralysie Ascendante Aiguë expérimentale**, par P. REMLINGER.

On put déceler par des ensemencements dans la moelle d'un lapin inoculé avec un coccus pathogène, et mort après avoir présenté le syndrome de Landry, la présence du microbe injecté.

Séance du 13 novembre.

352) **Essai sur la rééducation de la parole dans l'Aphasie motrice**, par A. THOMAS.

Résultats encourageants, bien que l'aphasie datât de cinq années.

353) **Le Dermographisme dans le Tabes Dorsalis**, par A. RAÏCHLINE.

L'auteur l'a rencontré dix fois sur quatorze cas examinés.

354) **Note sur le Réflexe pharyngien chez les Épileptiques**, par CH. FÉRÉ.

Ce réflexe a manqué chez 64 p. 100 des épileptiques non bromurés, et chez 87 p. 100 des épileptiques bromurés. La différence n'est guère que d'un quart. L'absence du réflexe pharyngien ne peut donc pas être considérée chez les épileptiques comme un signe pathognomonique de bromuration.

355) **Sur le mode d'articulation entre les Neurones cérébraux**, par M^{lle} STEFANOWSKA (de Bruxelles).

Cajal a démontré dans l'écorce cérébrale, autour des prolongements protoplasmiques, une infinité de petits appendices, que M^{lle} Stefanowska désigne, en raison de leur forme, sous le nom d'*appendices piriformes*. Sous l'influence des excitants (électrisation) et des anesthésiants (éthérisation) ces appendices varient dans leur nombre et dans leur longueur, et présentent parfois des varicosités. M^{lle} Stefanowska regarde ces appendices comme chargés d'effectuer les contacts entre les prolongements des neurones cérébraux.

Séance du 20 novembre.

356) **Nouvel argument en faveur de notre théorie pathogénique du Tétanos tiré d'un mémoire de M. A. Marie**, par J. COURMONT et M. DOYON (de Lyon).

Les conclusions du mémoire de M. A. Marie (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1897) ne paraissent pas, au premier abord, favorables à cette théorie. La présente note a pour but de montrer qu'à une lecture attentive, il n'en est plus ainsi. On sait que pour Courmont et Doyon les contractures du tétanos sont dues non pas à une action directe de la toxine tétanique sur le système nerveux, mais à l'action d'un poison engendré par l'organisme sous l'influence de la toxine.

Séance du 4 décembre.

357) **Un cas de Paralysie Faciale périphérique dite rhumatismale ou « à frigore » suivi d'autopsie**, par J. DEJERINE et A. THEOHARI.

C'est la seconde autopsie du même genre que l'on connaisse; la première est

de Minkowski. Il s'agissait d'une névrite périphérique primitive, dont la nature infectieuse paraît indiscutable, étant donné que le sujet avait présenté, quelque temps auparavant, un zona du plexus cervical.

Séance du 11 décembre.

358) **Le sens de l'Orientation**, par P. BONNIER.

« Le pigeon transporté dans son panier, privé des repères visuels, ignorant la direction du point d'arrivée, garde à travers la série de ses déplacements successifs, la mémoire de la direction du point de départ, et, arrivé au but, il a pu ne pas perdre un moment la notion précise des déplacements composants, ou du déplacement total... Le mot de sens de l'orientation est peut-être trop compréhensif : je lui préférerais celui de *sens du retour*. Quel qu'il soit, ce sens doit rentrer dans la collection des neuf fonctions que j'ai pu reconnaître aux appareils labyrinthiques. »

Séance du 18 décembre.

359) **Atrophie Musculaire expérimentale par intoxication pyrocyanique**, par MM. CHARRIN et CLAUDE.

Chez un lapin, à la suite d'injections de toxine pyrocyanique, lésions variées de la moelle épinière : thromboses, méningite, dégénérescences cellulaires, etc.

360) **Un cas de Surdité Verbale pure terminée par Aphasie Sensorielle suivi d'autopsie**, par J. DEJERINE et P. SÉRIEUX.

Cette observation constitue le premier cas d'aphasie et, dans l'espèce, de surdité verbale pure, terminée par aphasie sensorielle, relevant d'une lésion purement cellulaire. Elle montre, comme celle de Pick, que dans la surdité verbale pure la lésion est bilatérale et siège dans la région temporale, dans le centre cortical de l'audition commune.  tant donnée cette localisation, il paraît probable que dans la surdité verbale pure, il s'agit non pas d'une séparation du centre auditif commun d'avec le centre auditif des mots, mais bien d'un affaiblissement dans les fonctions du centre auditif commun. La transformation lente et progressive de la surdité verbale pure en aphasie sensorielle est une particularité sur laquelle il y a lieu d'insister.

L. HALLION.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 27 novembre 1897.

361) **Sur une variété spéciale de Rachitisme. Lésions rachitiques similaires du squelette avec troubles locomoteurs graves et prolongés**, par G. VARIOT.

L'auteur rapporte l'histoire de 3 frères qui présentent des déformations rachitiques manifestes absolument semblables (tibia incurvés d'arrière en avant, dégré léger de genu valgum, chapelet rachitique, tuméfaction de l'épiphyse inférieure du radius, maxillaire inférieur avec la déformation de Fleischmann). Mais en outre ces malades présentent des troubles locomoteurs surajoutés graves ; le premier (8 ans) est paraplégique ; le second (9 ans) marche difficilement, les jambes écartées, les pieds tournés en dehors traillant sur le sol, fauche de

la jambe droite ; le troisième (6 ans) est tout à fait infirme, incapable encore de marcher. L'interprétation, de ces troubles moteurs est extrêmement difficile : une alimentation bien appropriée a fait céder assez vite les troubles fonctionnels manifestement en connexion avec les lésions squelettiques qui, elles, sont en voie de régression.

L'exploration électrique permet de mettre la moelle hors de cause. Il est à noter que chez deux des malades l'apparition des troubles locomoteurs avait été précédée ou de rougeole ou de coqueluche.

M. MARIE fait, à ce propos, ressortir l'influence considérable des fièvres éruptives sur le développement et sur la marche des maladies nerveuses familiales.

A. BERNARD.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PÉTERSBOURG

Séance du 27 septembre 1897.

362) De la résorcine en remplacement de l'acide osmique dans la Méthode de Golgi, par N. A. VYROUBOFF.

V. trempe les parcelles de cerveau dans une solution résorcinée 10 p. 100, termine le durcissement dans une solution de bichromate de potasse 2 p. 100 et continue ensuite d'après Golgi. Préparations microscopiques à l'appui. Ce procédé revient à bon compte.

M. BECHTEREW emploie avec succès dans son laboratoire le formol.

363) La peur et l'éducation, par G. S. ROSSOLIMO.

L'enfant, égoïste par nature, est très disposé à prendre peur ; celle-ci est le précurseur de l'instinct de conservation. Lorsque ce sentiment est souvent provoqué, des formes pathologiques de la peur, ou des phobies, peuvent survenir, — les phobies s'observent le plus souvent chez l'enfant chargé d'hérédité spéciale ou nerveuse.

Après avoir décrit les diverses formes de la peur, Rossolimo cite la statistique scolaire des phobies infantiles. D'après A. BINET, les phobies se rencontrent chez 10 p. 100 de garçons et 30 p. 100 de filles. D'après STANLEY HALL, sur 500 enfants des écoles américaines atteints de phobies, on trouve chez chaque enfant 2,21 peurs, et chaque fille 3,55 peurs, le maximum est atteint à 7-15 ans chez les garçons, et à 4-18 ans chez les filles ; on rencontre plus souvent chez les garçons la peur de l'eau, de la hauteur et des frayeurs. R. classe les phobies en deux groupes : 1) vasculo-neurasthénique (hystérique), et 2) dégénérative ; celle-ci se rencontre chez les individus atteints de tics, idées obsédantes et qui sont souvent talentueux. Le traitement doit être préventif (éducation) et médico-pédagogique. Parmi les mesures accessoires, éviter l'abus du théâtre et des arts et exclusion absolue de toutes les mesures coercitives provoquant la timidité et l'attente anxieuse et, à plus forte raison, de toute punition.

364) De l'origine de la parole, par V. V. MOURAVIEFF (de Moscou).

M. fait remarquer la relation intime entre la langue de gestes et la langue parlée. Des rudiments de parole existent incontestablement chez les animaux : gestes, sons, intonations sont communs ; quelques animaux comprennent des paroles ; d'autres prononcent. Chez l'homme, grâce à son organisation cérébrale, ces rudiments ont eu un grand développement ; les gestes sont devenus plus

expressifs et s'étant vocalisés ont donné naissance à la parole. D'abord le son émotif s'est organisé et s'est transformé en exclamations et interjections, qui à leur tour deviennent racines des paroles. Nombre de mots sont dus à l'imitation des sons. Enfin il existe une série de racines semblables chez divers peuples désignant les membres de la famille. Ainsi est né un grand nombre de mots dont l'origine ne peut encore être établie.

L'étude de la parole permet de plus en plus de lui enlever son caractère mystérieux.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance annuelle du 22 octobre 1897.

365) **Du rôle de l'Inconscient dans la vie humaine**, par N. TH. CHATALOFF (de Moscou).

L'auteur passe en revue les théories de la conscience. La conscience étant une sensation sui generis de ce qui est soumis à notre entendement, ne peut être que difficilement définie en paroles.

Tout acte psychique est perceptible, ou conscient, à un certain degré d'intensité. La conscience accompagne les actes psychiques mais n'est pas indispensable à leur accomplissement. La conscience est identique à la sensation psychique ; on en trouve la preuve dans ce fait que la conscience ou la perception d'un acte exclut complètement ou partiellement la perception ou la conscience simultanées d'un autre acte si celui-ci n'est pas trop intense. Ce dernier caractère est le fondement essentiel de notre activité psychique et de sa division en consciente et inconsciente ; la majeure partie de nos perceptions psychiques à mesure qu'elles faiblissent d'intensité deviennent le domaine de la sphère inconsciente. Grâce à l'abondance de perceptions, l'inconscient prend une influence prépondérante dans notre activité physique et psychique. En effet, tous les phénomènes compliqués de la vie végétative sont soumis à l'inconscient. L'activité psychique même consciente se passe, en réalité, le plus souvent dans la sphère inconsciente : ainsi l'idée première de toute réflexion ainsi que les raisonnements variés et répétés sont des anneaux de l'inconscient dans les fonctions conscientes. La sphère inconsciente se manifeste dans de nombreux actes de la pensée et de l'action : chez les hypnotisés, les automatiques, les épileptiques et endormis, etc. Les manifestations de la pensée inconsciente se produisent parfois avec une perfection telle qu'elle devient inaccessible à la sphère consciente. Telle la détermination exacte du temps, la résolution de problèmes difficiles, les grandes multiplications sans réflexion, les actes de création, de prédiction, etc. Enfin, la grande sphère de motilité se fait en dehors de la conscience. Tous les actes plus ou moins habituels : la parole, la lecture, l'écriture, la marche sont des actes automatiques et appartiennent à la sphère de l'inconscient. Au point de vue biologique, la prépondérance de l'inconscient est un bien inappréciable : elle permet une économie de forces et de travail. Le passage temporaire de l'inconscient dans le conscient des actes comme la respiration, la marche, ou autres mouvements habituels, leur fait perdre rapidement leur régularité, leur rapidité et la facilité de l'exécution. Ainsi, bien que la conscience est notre domaine exclusif et nous rehausse sur tout ce qui nous entoure, nos processus psychiques fondamentaux dépendent non de l'arbitraire de la conscience qui est

en dehors de toute règle, mais d'une loi générale de causalité des phénomènes commune à toute la nature.

Séance du 25 novembre.

Discussion sur le personnel dans les asiles d'aliénés.

J. TARGOWLA.

BIBLIOGRAPHIE

366) **De la Paralyisie Générale. Étiologie. Pathogénie. Traitement**, par MAIRET et VIRET (1 vol. 225 p. Masson et C^{ie}, édit.).

Sur un ensemble de dossiers de paralytiques généraux dont le nombre s'élève à plus d'un mille, les auteurs ont choisi 174 observations dans lesquelles les renseignements sont complets relativement aux facteurs qu'on peut incriminer comme cause de la maladie. Le travail auquel ces 171 observations servent de base se compose de trois parties : 1^o étude analytique; 2^o étude synthétique; 3^o traitement pathogénique.

1^o ÉTUDE ANALYTIQUE. — Les facteurs de la paralyisie générale sont divers, héréditaires ou acquis; chacun d'eux a été étudié au point de vue étiologique et pathogénique.

a) *Arthritisme*. — L'arthritisme produit un état dégénératif, régressif, de l'ensemble de l'économie, une sénilité anticipée.

Ce processus peut, sous l'influence de diverses causes, se localiser du côté du système nerveux à tous les moments de son évolution, et produire une paralyisie générale caractérisée par le peu d'importance du délire, l'intensité de la démence qui devient rapidement complète et la réalisation progressive d'une sénilité dont on peut suivre le développement.

b) *Hérédité cérébrale*. — 1^o L'hérédité similaire paraît être susceptible de produire chez le descendant une prédisposition aboutissant à la paralyisie générale; une observation unique n'a pas permis de faire une étude clinique de cette paralyisie.

2^o L'hérédité cérébrale par ramollissement peut créer une prédisposition qui aboutit chez le descendant à une paralyisie ayant les allures de la paralyisie générale sénile: importance de la démence et de la paralyisie généralisée, rôle secondaire du délire.

3^o La cérébralité, née d'une hérédité, par attaques, peut être une cause pathogène d'une paralyisie générale présentant le tableau clinique de la paralyisie générale ordinaire.

c) *Hérédité alcoolique*. — Bien que le petit nombre d'observations oblige les auteurs à être réservés dans leurs conclusions, ces observations tendent néanmoins à prouver que l'hérédité alcoolique peut créer une prédisposition aboutissant à une sénilité anticipée, laquelle, comme toute sénilité, pourrait, à son tour, aboutir à la paralyisie générale.

d) *Alcoolisme*. — 1^o L'expérimentation, la clinique, l'anatomie pathologique démontrent que l'alcoolisme chronique est une cause pathogène de paralyisie générale, la paralyisie générale vraie.

2^o L'alcool ne produit pas d'emblée la paralyisie générale, celle-ci est précédée d'une longue période préparatoire.

3^o Lorsque l'alcool est la seule cause pathogène de la paralyisie générale, il

marque généralement cette dernière de certains stigmates, psychiques, moteurs et sensitifs, les rémissions sont fréquentes et la marche en est parfois très lente.

e) *Syphilis et paralysie générale.* — La syphilis, en se localisant du côté du cerveau, peut réaliser la physionomie clinique de la paralysie générale; toutefois, dans ces cas, on n'est pas en présence d'une paralysie générale vraie, mais d'une syphilis cérébrale à forme de paralysie générale, d'une paralysie généralisée syphilitique. Si cette dernière peut revêtir le masque clinique de la paralysie, d'autre part on constate à l'autopsie les lésions de la syphilis.

f) *Hérédité tuberculeuse.* — Elle n'a pas une influence pathogénique importante dans le développement de la paralysie générale chez le descendant : lorsque l'héréditaire tuberculeux aboutit à la paralysie générale, à cette hérédité s'ajoutent toujours d'autres causes pathogènes puissantes.

g) *Hérédité mentale et nerveuse.* — Elle ne joue aucun rôle étiologique et pathogénique dans la réalisation de la paralysie générale; mais cette hérédité peut apporter sa note dans le concert symptomatique.

h) *Infections aiguës.* — On ne peut dire que les maladies infectieuses aiguës sont susceptibles de créer de toutes pièces la paralysie générale, mais elles peuvent jouer le rôle de cause provocatrice en créant une prédisposition qui, sous l'influence d'autres causes, aboutira à la démence paralytique.

i) *Traumatisme.* — Si le traumatisme a besoin, pour produire la démence paralytique, de trouver un terrain plus ou moins préparé, il peut, dans certains cas, être la cause principale de la maladie.

j) *Excès divers.* — Ils ne jouent pas le rôle de cause pathogène, mais ils peuvent avoir une réelle importance étiologique, lorsque le terrain est déjà préparé par une cause pathogène.

2° *ÉTUDE SYNTHÉTIQUE.* — Les causes pathogènes héréditaires sont l'arthritisme, la cérébralité et l'hérédité alcoolique. Elles créent chez le descendant une prédisposition, présentant dans certains cas un véritable *senium præcox* qui toujours indique une moindre résistance organique, à laquelle les auteurs ont donné le nom de méionexie.

La méionexie aboutit à la paralysie générale ou par le processus de la sénilité, ou par un processus d'inflammation et de dégénération banales. Mais dans l'un et l'autre cas, ces processus réalisent les mêmes lésions d'inflammation diffuse et de dégénération cellulaire, et, par suite, le tableau clinique de la maladie reste le même dans son fond.

L'alcoolisme est la seule cause pathogène acquise : là encore, une fois constituée, la physionomie clinique de la maladie est la même.

Ordinairement ce n'est pas une cause unique qui produit la paralysie générale, mais des causes multiples qui associent pour cela leurs effets. Ces causes diverses sont : excès de tous genres, maladies infectieuses aiguës, traumatisme, tabagisme, causes morales, etc., mais derrière elles il existe toujours une des quatre causes pathogènes, c'est-à-dire qu'il existe une prédisposition, une méionexie.

Malgré l'unité clinique, la paralysie générale n'est pas une dans sa nature. Elle doit se diviser en quatre groupes : 1° une paralysie générale, maladie locale, la plus fréquente, dans laquelle le travail d'inflammation dégénérative ne semble avoir rien de social; 2° une paralysie générale par sénilité dans laquelle le processus anatomique est le processus ordinaire de l'involution sénile; 3° une paralysie générale arthritique, qui rentre par ses caractères dans le groupe des paralysies générales par sénilité, mais qui s'en distingue par un travail ayant

quelque chose de spécial emprunté à la diathèse; 4° une paralysie générale alcoolique, dans laquelle le travail anatomique emprunte aussi quelque chose de spécial à la cause première.

Les trois derniers groupes représentent une maladie localisée.

3° TRAITEMENT. — Au premier des groupes distingués dans la paralysie générale s'appliquera le traitement général de l'inflammation et de la dégénération qui s'adresse aussi aux autres groupes : contre l'inflammation, les révulsifs et les résolutifs; contre les troubles circulatoires, le massage; contre la dégénération, le quinquina à l'intérieur, et l'hydrothérapie à l'extérieur.

La paralysie générale sénile, n'a malheureusement pas un facteur pathogénique qui puisse fournir des indications thérapeutiques utiles.

Dans la paralysie générale arthritique, les alcalins internes et externes, les bains sulfureux qui jouent un double rôle tonique et antidiathésique peuvent rendre des services.

C'est dans la paralysie générale alcoolique que le traitement pathogénique donne les meilleurs résultats, ce traitement n'étant autre que celui de l'alcoolisme : régime lacté, opium, iodures, sudations, frictions. E. BLIN.

NOUVELLES

Neuvième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.

Le neuvième Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Angers, le lundi 1^{re} août 1898, sous la présidence de M. le Dr Motet, membre de l'Académie de Médecine.

Le programme comprendra :

1° Questions mises à l'ordre du jour.

Pathologie mentale. — Les troubles psychiques post-opératoires. — Rapporteur : M. le Dr RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'Orléans.

Pathologie nerveuse. — Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. — Rapporteur : M. le Dr SABRAZÈS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Médecine légale. — Les délires transitoires au point de vue médico-légal. — Rapporteur : M. le Dr VALLON, médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

2° Lectures, présentations, travaux divers;

3° Visite de l'asile d'aliénés de Maine-et-Loire;

4° Assemblée générale de l'Union des Aliénistes français;

5° Excursions;

6° Impression et distribution des travaux du Congrès;

Prix de la cotisation : 20 francs.

Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr PETRUCCI, directeur médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

e
e

-
n
et
-

s
at
e
-

s
t,
:
e
e
-

-
a
-